UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1953 — N° 64

De la Filariose Lymphatique (Wuchereria Malayi) et de ses rapports avec l'Eosinophilie Tropicale

D'après 75 observations
de Soldats rapatriés d'Indochine

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 11 Juillet 1953
par

SEGALEN Jacques
Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Né le 20 Septembre 1927
à CAYENNE (Guyane)

MEMBRES DU JURY :

MM.	AUBRY, Professeur de Clinique Médicale.....	Président
	BOULARD, Agrégé (Clinique Médicale)	Juges
	LAFFARGUE, Agrégé (Anatomie Pathologique)	
	LISSITSKY, Agrégé (Chimie Biologique)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542708_0022

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1953 — N° 64

De la Filariose Lymphatique (Wuchereria Malayi) et de ses rapports avec l'Eosinophilie Tropicale

D'après 75 observations
de Soldats rapatriés d'Indochine

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 11 Juillet 1953
par

SEGALEN Jacques
Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Né le 20 Septembre 1927
à CAYENNE (Guyane)

MEMBRES DU JURY :

MM. AUBRY, Professeur de Clinique Médicale..... Président
BOULARD, Agrégé (Clinique Médicale) .....
LAFFARGUE, Agrégé (Anatomie Pathologique) ..... Juges
LISSITSKY, Agrégé (Chimie Biologique) .....

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. SARROUY (O. ✻ 🏛 ⚕, A. 🏵 OS)
Doyens honoraires	LEBLANC (✻, ⚕, I. 🏵).
	LAFFONT (C. ✻, ⚕, I. 🏵 O.S)
	LEBON (C. ✻, ⚕, I. 🏵).
Assesseur	ROQUES (I. 🏵).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚕, I. 🏵 O.S.).
Clinique des maladies infectieuses	BENHAMOU (C. ✻, ⚕, I. 🏵 OS)
Histologie et embryologie	KEHL (I. 🏵).
Chimie biologique et médicale	GIBERTON (✻, I. 🏵).
Matière médicale	FOURMENT (✻, I. 🏵, M. A.).
Clinique obstétricale et gynécologique	LAFFONT (C. ✻, ⚕, I. 🏵, OS).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (C. ✻, ⚕, I. 🏵).
Physiologie	MALMEJAC (✻, I. 🏵).
Anatomie pathologique et oncologie humaine et comparée	MONTPELLIER (✻, I. 🏵).
Physique médicale	PORTES (O. ✻, ⚕, I. 🏵).
Clinique de dermato-syphiligraphie	HADIDA (⚕, A. 🏵).
Anatomie	RIBET (de) (✻, ⚕, I. 🏵).
Clinique médicale et hygiène infantile	SARROUY (O. ✻, 🏛, ⚕, A 🏵 OS)
Clinique ophtalmologique et ophtalmologie intertropicale	TOULANT (O. ✻, ⚕, I. 🏵).
Chimie générale pharmaceutique	GRANGAUD (A. 🏵).
Clinique chirurgicale	DUBOUCHER (I. 🏵).
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD (I. 🏵).
Hygiène, hydrologie et climatologie	LACROIX (✻, ⚕, I. 🏵, O.S.).
Pathologie générale et médicale	RAYNAUD R. (⚕, A. 🏵).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I, 🏵).
Pharmacie chimique et toxicologie	MONNET (I. 🏵).
Clinique de neuro-psychiatrie	MANCEAUX (✻, ⚕, A. 🏵).
Parasitologie et zoologie médicale	MANDOUL (A. 🏵).
Médecine légale et médecine du travail	THIODET (✻, ⚕, I. 🏵).
Bactériologie	FABIANI (A. 🏵).
Clinique urologique	SABADINI (⚕, I. 🏵).
Botanique	ROQUES (I. 🏵).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	GIRAUD (✻).
Clinique de phtisiologie	LEVI-VALENSI (✻, ⚕, A. 🏵).
Pathologie chirurgicale	N...
Accouchement et Obstétricie sociale	HOUEL (O. ✻, ⚕, I. 🏵).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. JAHIER (I. ✿).
Agrégé.

M. CHECHAN (I. ✿).
Maître de conférences.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENOIT (✻, ⁂, I. ✿).
CABANES. (✻, ⁂, I. ✿).
COURRIER (O. ✻, ⁂, I. ✿).
LEBLANC (✻, ⁂, I. ✿).

MM. ABOULKER (✻, ⁂, I. ✿).
POROT (I. ✿).
RAYNAUD M. (✻, ⁂, I. ✿).
WEBER (I. ✿).

MAITRES DES CONFERENCES AGREGES

Physiologie	MM. CHARDON.
Pharmacie	COLLET.
Médecine légale et Médecine du Travail	MM. MICHAUX.

AGREGES

Accouchement	MM. EZES.
Médecine	BOULARD.
	FABREGOULE.
	CHOUSSAT.
Pédiatrie	COMBE.
Chirurgie	BREHANT.
	LAGROT.
	LIARAS (A. ✿).
	VERGOZ (✻, ⁂, A. ✿).
Anatomie	AUBANIAC.
	BOURGEON (⁂, A. ✿, C.S.).
Histologie et embryologie	N...
Chimie médicale	LISSITZKI.
Anatomie pathologique	LAFFARGUE.
Histoire naturelle pharmaceutique	STANISLAS.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Dermato-syphiligraphie	MARILL.
Bactériologie	VARGUES.
Chimie générale pharmaceutique	N...
Neuro-psychiatrie	SUTTER (✻, ⁂).
Ophtalmologie	LARMANDE.
Odonto-stomatologie	PERI (✻, A. ✿, C.S.).
Parasitologie et Zoologie médicale	JACQUEMIN.
Hygiène	N...
Urologie	DUCASSOU.

AGREGE LIBRE

Physiologie	M. BATTEZ.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FIANCEE

A NOTRE MAITRE et PRESIDENT de THESE

Monsieur le Professeur AUBRY

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter de présider notre thèse et à bien voulu nous prodiguer ses conseils pour l'élaboration de ce travail.

Nous l'assurons de notre admiration et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé BOULARD

Sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être de nos juges et reconnaissant des précieux conseils qu'il nous a prodigués.

A Monsieur le Professeur Agrégé LAFFARGUE

En témoignage de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné et de l'honneur qu'il nous a fait d'être notre juge.

A Monsieur le Professeur Agrégé LISSITSKY

Médecin-Capitaine

Sous les ordres de qui nous avons eu l'honneur de servir, qui nous a autorisé à poursuivre dans son Service notre étude de l'Eosinophilie tropicale, et nous a prodigué ses conseils ; en respectueux hommage.

A Monsieur le Médecin-Général CHAVIALLE

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A Monsieur le Médecin-Colonel FRIESS

A Monsieur le Médecin-Commandant PIERROU

Qui nous ont fait l'honneur de nous associer à leurs travaux ; en témoignage de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Médecin-Commandant FERRAND

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service durant cette dernière année d'étude, en témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre admiration.

A Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel COLIN

A Monsieur le Médecin-Colonel JALET

Qui nous ont prodigué de précieux conseils ; en respectueux hommage.

A Monsieur le Médecin-Lieutenant

Guy LOUBIGNAC

A Monsieur le Médecin-Lieutenant Ali K. AIT-IDIR

Qui ont contribué à l'élaboration de ce travail ; en témoignage de sincère amitié.

Aux Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux Militaires d'ORAN, de CONSTANTINE, de BLIDA, de TLEMCEN, qui ont contribué à l'élaboration de ce travail et ont bien voulu nous communiquer leurs observations.

A NOS MAITRES ET A NOS CHEFS

Des Hôpitaux Civil et Militaire d'ALGER

A NOS MAITRES

Des Facultés de Médecine d'ALGER et de LYON

A TOUS MES AMIS

Je dédie cette thèse

INTRODUCTION

Les Médecins des régions tropicales ont dressé de la filariose lymphatique au début, un tableau que nous n'avons pas reconnu chez les premiers malades du Corps Expéditionnaire Français évacués d'Indochine.

Nous voyions la filariose avec son cortège de lymphangite et d'éléphantiasis, ou chez des sujets à peine incommodés, avec des microfilaires dans le sang circulant, retrouvées de jour ou de nuit.

Les travaux des auteurs néerlandais aux Antilles n'avaient pas retenu notre attention.

Lors de ces trois dernières années, l'attention des Médecins de l'Hôpital Militaire d'Alger fut attirée par le syndrôme rencontré chez des Soldats rapatriés d'Indochine, formé de trois éléments : éosinophilie sanguine, adénopathies et bronchite avec accès asthmatiformes.

Les biopsies ganglionnaires pratiquées montraient constamment le même aspect microscopique très particulier ; le fait que ce syndrôme ne se rencontrait que chez des sujets ayant fait campagne en Indochine, pays d'endémie filarienne, et la découverte, à l'examen microscopique, de

formations pouvant être assimilées à des larves de némathelminthes plus ou moins dénaturées ; les résultats satisfaisants, parfois spectaculaires, du traitement par la I - diéthyl - carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine sur les trois éléments de ce syndrôme enfin, firent émettre l'hypothèse qu'on se trouvait en présence d'une manifestation atypique de filariose.

Malgré les échecs de la recherche des microfilaires dans le sang tant de jour que de nuit, des intradermoréactions à l'antigène filarien de l'Institut Pasteur, cette hypothèse était maintenue et devait se trouver confirmée lorsqu'enfin l'examen microscopique du culot de centrifugation du liquide de trempage d'un ganglion préalablement sectionné montra la présence de nombreuses microfilaires de l'espèce WUCHERERIA MALAYI.

L'hypothèse était vérifiée.

Quand nous fûmes en possession d'une bibliographie adéquate, il se trouva que nous confirmions les travaux des auteurs étrangers et en particulier ceux de VAN DER SAR, à Curaçao.

SYMPTOMATOLOGIE

DEBUT CLINIQUE

Il nous est difficile de préciser le tout début de la maladie. Nous avons comme éléments les Observations que nous transmettent les Médecins du Corps Expéditionnaire d'Extrême-Orient, ou l'interrogatoire d'un sujet hospitalisé plusieurs mois après son rapatriement.

Nous avions été frappés, dès le début de notre étude, par le fait que nous ne rencontrions ce syndrôme que chez des Soldats rapatriés d'Indochine et ayant participé à des Opérations dans les rizières : Delta Tonkinois, Centre Annam, Cochinchine ou Cambodge.

Le Soldat vient consulter le Médecin de son Corps, soit à cause de l'apparition, puis du développement, d'une adénomégalie importante apparemment primitive, soit à cause de l'apparition de phénomènes pulmonaires (bronchite persistante, accès de dyspnée nocturne) ; soit à cause de l'apparition d'un mouvement fébrile sans spécificité.

C'est parfois plusieurs mois après son rapa-

triement que le sujet vient consulter, présentant de la bronchite ou des crises d'asthme, ou porteur d'adénites.

Enfin, c'est parfois la découverte d'examen systématique d'un sujet hospitalisé pour une toute autre affection et présentant une éosinophilie sanguine.

Dans d'autres cas, en présence d'un syndrôme incomplet, le Médecin averti cherchera chez ce soldat rapatrié d'Indochine :

— soit une micropolyadénopathie, qui n'aura pas inquiété le malade ;
— soit des signes discrets de bronchite ;
— soit une importante éosinophilie sanguine ;
— soit même un infiltrat labile.

DESCRIPTION DE LA FORME TYPIQUE

Elle présente un véritable « trépied » symptomatologique.

1° — *LES ADENOPATHIES*

L'adénomégalie intéresse exclusivement les groupes ganglionnaires superficiels.

Les ganglions hyperplasiés sont de consistance variable selon leur taille ; cartilagineuse pour les plus petits, elle est plus molle pour les grosses masses ganglionnaires. Les ganglions sont mobiles ; ils n'adhèrent pas à la peau ni aux plans

profonds. Leur sensibilité, spontanée ou provoquée, est nulle ; la peau sus-jacente est normalement colorée. Ces ganglions n'évoluent jamais vers le ramollissement et la fistulisation.

Leur volume est très variable, allant de celui d'un pois à celui d'une pamplemousse quand ils sont groupés.

En général, l'augmentation de volume n'est observée que dans un territoire déterminé ; les autres aires ganglionnaires ne comportant que des ganglions minimes.

Dans plus de la moitié des cas, l'adénomégalie la plus importante siège au niveau du creux axillaire ; ensuite, par ordre de fréquence, elle intéresse les régions inguinale, cervicale, sus-claviculaire, crurale, épitrochléenne et sous-maxillaire.

Il est à noter que, souvent, dans les cas où la polyadénopathie était vraiment très modeste (ganglions de la taille d'une noisette, au maximum) l'interrogatoire des sujets nous appris que ces ganglions représentaient des formes d'involution d'adénomégalies auparavant volumétriquement plus importantes.

Quelquefois, on note dans le territoire lymphatique correspondant un cordon de lymphangite subaiguë.

2° — *LE SYNDROME BRONCHITIQUE*

Il se caractérise, au début, par une toux sèche qui s'accompagne bientôt de paroxysmes asthmatiformes nocturnes. Ces accès dyspnéiques ont été

considérés parfois comme des crises d'asthme essentiel.

La toux ramène une expectoration muco-purulente assez abondante pour faire suspecter une dilatation des bronches ; l'expectoration est parfois hémoptoïque. Souvent les crises asthmatiformes, après le retrait du sujet de la zone d'endémie, diminuent d'intensité et de fréquence pour disparaître, même en l'absence de tout traitement spécifique, en plusieurs mois.

Les radiographies permettent de mettre en évidence quatre groupes d'images caractéristiques :

a) — Des images de surchage hilaire avec diffusion tramaire, qui objectivent une réaction des espaces péri-broncho-vasculaires où les lymphatiques pulmonaires cheminent ;

b) — Des taches isolées ou disséminées sur un fond réticulé. Le fond réticulé est dû au renforcement tramaire, diffusant au-delà du gros réseau parahilaire. Quant aux taches observées, elles sont de deux types : d'une part, des semis de petites taches arrondies ou elliptiques dues à l'accumulation de sécrétions dans les tubes bronchiques ; d'autre part des grosses taches isolées ou disséminées, ombres dont la densité va en décroissant du centre vers la périphérie, de taille et de forme variables ; ces images sont des infiltrats pulmonaires labiles.

c) — Des images d'adénopathies hilo-médiastinales, ovalaires, peu étendues, à contours polycycliques, n'ayant rien de commun avec celles des adénopathies tuberculeuses ou malignes.

d) — Des images de processus scissuraux ou pleuraux réactionnels discrets, avoisinant parfois un processus broncho-alvéolaire voisin.

L'examen microscopique des crachats montre quelquefois la présence de polynucléaires éosinophiles et aussi de cristaux de Charcot - Leyden.

3° — *L'EOSINOPHILIE SANGUINE*

Dès le début de l'observation du sujet, le sang présente une hyperleucocytose parfois très importante ; nous relevons couramment dans nos observations des chiffres de 20.000 globules blancs; le maximum que nous ayons noté est de 77.400.

Cette hyperleucocytose est due presque uniquement aux polynucléaires éosinophiles, dont le taux, tant relatif qu'absolu, est considérable ; jusqu'à 85 % dans une de nos observations. Le chiffre maximum que nous avons observé est 61.900 éosinophiles par m/m3.

L'hyperéosinophilie sanguine n'est pas en rapport avec le volume des adénopathies ; ni avec l'importance des phénomènes bronchiques.

L'éosinophilie sanguine, réaction non spécifique de l'organisme à des agressions diverses, est le témoin, très souvent, de la présence dans le tube digestif de parasites métazoaires dans la mesure où leur évolution chez l'Homme comporte une phase tissulaire extra-intestinale ; dans cet état d'esprit, nous nous sommes attachés à dépister systématiquement par des examens de selles répétés les porteurs d'helminthes intestinaux.

Tous les sujets reconnus parasités ont été traités, et ce n'est qu'après la négativation totale des selles, contrôlée elle aussi à plusieurs reprises, que nous nous crûmes autorisés à penser que l'éosinophilie sanguine constatée et persistante, malgré l'expulsion des parasites, n'était pas d'origine intestinale.

AUTRES SIGNES

Nous avons rencontré quelquefois des placards de taille variable, durs, inflammatoires. On peut percevoir sous ces placards des cordons indurés, réguliers, roulant sous le doigt ; l'examen anatomo-pathologique nous a montré qu'il s'agissait de vaisseaux veineux à parois très épaissies sans signes nets de phlébite.

Par ailleurs, le membre à la racine duquel des adénopathies sont reconnues présente parfois un œdème mou, gardant le godet.

Ces deux phénomènes sont fugaces, disparaissant spontanément et rapidement et réapparaissant à un autre membre. Ils régressent définitivement sous l'action de la thérapeutique.

Nous n'avons observé que cinq fois une modeste splénomégalie.

Le prurit est très inconstant ; généralisé ou localisé, il est d'importance variable. Nous ne l'avons rencontré que dans six cas.

Dans presque tous les cas, nous rencontrons une anémie discrète (3.000.000 à 4.000.000 de globules rouges).

La vitesse de sédimentation globulaire est souvent augmentée, chez ces sujets, même en dehors de toute période fébrile. Sa courbe n'est en aucune façon parallèle à celle de l'éosinophilie sanguine.

Dans une douzaine de cas où ils ont été pratiqués, les tests de floculation hépathique ont été constamment pertubés ; généralement on trouve :

— Hanger	: + +
— Mac Lagan	: 30
— Kunkel	: 20
— Wunderly	: + +
— Gros	: + + +

La sérologie spécifique est en général dissociée ;

type : KOLMER 0, KAHN ++, MEINICKE+ —.

Elle semble devoir être rattachée à l'affection car, après traitement antifilarien, cette dissociation n'est plus observée.

EXAMENS PARASITOLOGIQUES et ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1°) — La recherche des microfilaires dans le sang circulant, par la méthode ordinaire ou par la méthode de KNOTT est, dans tous les cas, restée sans résultat, de jour et de nuit.

2°) — *Recherche des microfilaires dans les ganglions :* Dans un cas, la ponction-biopsie ganglionnaire a ramené une microfilaire.

La biopsie ganglionnaire permet une recherche plus fructeuse à condition que celle-ci soit effectuée dans des conditions particulières :

Pour obtenir des microfilaires il faut laisser macérer pendant plusieurs heures (3 à 6 heures) le ganglion ouvert dans du sérum physiologique ou dans du sérum humain ; après centrifugation du liquide de trempage on recherche les microfilaires entre lame et lamelle à l'état frais ; par cette méthode les microfilaires vivantes sont très facilement identifiées. (Au début de nos travaux, en effet, nous recherchions les microfilaires dans les ganglions immédiatement après le prélèvement de ceux-ci ; dans aucun cas nous ne pûmes avoir un résultat positif).

Ces microfilaires ont habituellement une longueur de 180 à 260 μ, une largeur de 4 μ et présentent la morphologie des embryons de WUCHERERIA MALAYI : gaine plus longue que l'embryon, noyaux somatiques de petite taille visibles jusqu'à l'extrémité de la queue qui est habituellement munie d'un ou deux renflements.

3°) — L'intradermoréaction à l'antigène filarien de l'Institut Pasteur de PARIS est, dans tous les cas où elle a été pratiquée, restée négative. L'intradermoréaction pratiquée avec la suspension au 1/100° de broyat de ganglion humain dans l'eau physiologique a toujours été négative.

4•) — *ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES GANGLIONS :*

a) — *PONCTION GANGLIONNAIRE*

Elle montre une prédominance des lymphocytes adultes, la présence d'assez nombreux lymphoblastes ; surajoutés à ces éléments, on trouve des polynucléaires éosinophiles dont le nombre, variable avec les ponctions, atteint habituellement en pourcentage au moins 6 % des éléments blancs; des plasmocytes, environ 2 % ; des cellules macrophagiques dans le protoplasme desquelles on voit des inclusions paraissant être des restes nucléaires pycnotiques ; des mastocytes (cellules à granulations basophiles). Les cristaux de CHARCOT - LEYDEN toujours présents, mais en nombre variable, nous paraissent constituer un élément d'orientation diagnostic important.

On ne trouve jamais de cellules de STERNBERG.

Une seule fois on a eu la chance de ramener une microfilaire.

b) — *BIOPSIE GANGLIONNAIRE*

a) — *Examen Macroscopique :* Le ganglion prélevé est de consistance ferme ; son volume est très variable : de celui d'un pois à celui d'une mandarine. Le ganglion, facilement énucléable, ne présente aucun phénomène de péri-adénite. Sa couleur est rose pâle. Le pédicule vasculaire est

fin, dur, bien individualisable, ne saignant pratiquement pas.

Quand on enlève une masse pluriganglionnaire, on se rend compte que les éléments qui la constituent ne sont reliés entre eux que par un tissu cellulo-graisseux lâche.

La tranche de section du ganglion est de coulcur jaune-chamois foncé et présente des points jaunes dont la taille varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil. Il ne se produit aucun écoulement sanguin à la section du ganglion.

b) — *Examen Microscopique* : Les ganglions fixés et débités en tranches minces montrent une architecture générale non modifiée ; les rapports entre les centres germinatifs, la couronne lymphoïde sont conservés ; on note seulement une hyperplasie marquée de ces formations.

Les sinus sont dilatés par un liquide d'œdème et par la présence de cellules diverses.

Les vaisseaux capillaires intra-ganglionnaires sont plus nombreux que normalement et certains montrent un épaississement de leurs parois. Cet épaississement aboutit finalement à la formation d'un cordon fibreux.

Plus rarement, on trouve une phlébite des vaisseaux veineux afférents.

Les centres germinatifs sont très actifs, montrent des mitoses assez nombreuses, de grandes cellules réticulaires macrophagiques contenant des débris pycnotiques, des polynucléaires éosino-

philes en petit nombre et, quelquefois, une substance acidophile amorphe, granuleuse, en coulées séparant les lymphoblastes. Dans les espaces périsinusaux, dans les cloisons fibreuses, intra-ganglionnaires, on trouve de nombreux mastocytes (cellules mononucléées à granulations basophiles) et des plasmocytes ; ceux-ci sont encore plus nombreux dans le tissu fibreux de la coque ganglionnaire.

On trouve encore dans la région du sinus cortical des cellules macrophagiques contenant du pigment ocre dont elles sont enfumées. On reconnait parfois des cristaux de CHARCOT - LEYDEN. Il n'y a jamais de cellules de STERNBERG.

Les plages lymphoïdes périphériques montrent une infiltration plus importante par des polynucléaires éosinophiles, qui se groupent parfois en plages de grande étendue où ils sont en culture pure. Ces plages correspondent aux points jaunes reconnus à l'examen macroscopique. C'est au sein de ces plages que l'on trouve les microfilaires intéressées de façon variable par le rasoir du microtome.

On rencontre aussi des microfilaires bien reconnaissables au sein de follicules inflammatoires à cellules épithélioïdes et cellules géantes, qui les englobent complètement.

Dans ces cas, les embryons semblent plus ou moins en voie de dégénérescence ; leurs noyaux somatiques sont plus ou moins colorables et leur limitante externe est quelque peu irrégulière. Enfin apparaît une substance hyaline moulant extérieurement la microfilaire. A un stade plus

avancé de la dégénérescence de la microfilaire on trouve une figure de « corps étranger ». (voir photographies).

Ces « corps étrangers » se présentent comme des formations tubulaires de 25 à 80 μ de longueur et de 15 μ de diamètre, ornées extérieurement d'aspérités, de prolongements de taille et de forme diverses disposés vaguement en rayons de roue ; ces prolongements sont les uns fins et pédiculés, les autres semblables à des massues ; leur longueur n'excède guère 6 à 8 μ.

La lumière centrale est occupée quelquefois par des formations d'aspect cocciforme représentant les cellules somatiques de la microfilaire.

Ces formations godronnées ne restent pas colorées en rouge par la méthode de ZIEHL elles se colorent en noir par l'hématoxyline ; en bleu, en vert clair ou en violet par le giemsa.

Ces corps étrangers s'identifient absolument aux « processus radiés » décrits par HARTZ et VAN DER SAR, à Curaçao, dans des ganglions filariens.

Avant que l'on ait pu affirmer l'origine filarienne de ces « corps étrangers », l'hypothèse d'un champignon inférieur avait été émise, et les cultures et inoculations à l'animal pratiquées avaient été, les unes et les autres négatives.

D'ailleurs, les réactions colorantes des « corps étrangers » n'étaient pas celles des parois cellulaires des champignons.

On pourrait peut-être émettre l'opinion que,

dans les cas où il existe une forte éosiniphilie sanguine, on devrait rencontrer parallèlement des aspects de plages d'éosinophiles dans les ganglions lymphatiques. Nous ne le pensons pas ; en effet, on a pratiqué des biopsies ganglionnaires chez des sujets infestés d'ascaris, présentant une éosinophilie importante (13.100 blancs et 37 % d'éosinophiles dans un cas) et porteurs d'une microadénopathie inguinale d'apparence banale. En aucun cas, l'architecture habituelle du ganglion filarien n'a été rencontrée, et, en particulier aucune infiltration notable par les polynucléaires éosinophiles. Inversement, l'aspect de ganglion filarien, avec ses plages d'éosinophiles, en particulier, peut être rencontré chez des sujets chez lesquels on ne trouve que des taux particulièrement bas d'éosinophiles (8 à 10 %).

En résumé, dans les cas heureux, la ponction du ganglion permet de mettre en évidence la microfilaire et assure le diagnostic.

Dans les autres cas, le diagnostic est établi par la biopsie ; dans 15 cas, dans les conditions que nous avons indiquées, on a pu reconnaître la présence de microfilaires vivantes dans le liquide de trempage de la section ganglionnaire ; dans de nombreux cas, présence dans le ganglion de fragments de microfilaires plus ou moins modifiées par les réactions des cellules macrophagiques (cellules épithélioïdes et cellules géantes) qui les ont englobées ; dans tous les cas, l'aspect histologique du ganglion permet également de faire le diagnostic ; celui-ci repose sur :

1°) — La conservation de l'architecture géné-

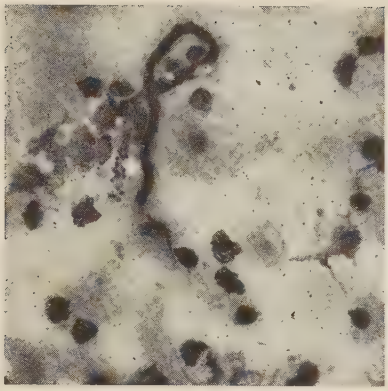
rale du ganglion malgré l'hyperplasie des follicules clos ;

2°) — Le bariolage cellulaire à majoration éosinophilique en vastes plages, les mastocytes très nombreux au milieu des nappes lymphoïdes et autour des vaisseaux, les plasmocytes enfin, dans la capsule et les cloisons fibreuses.

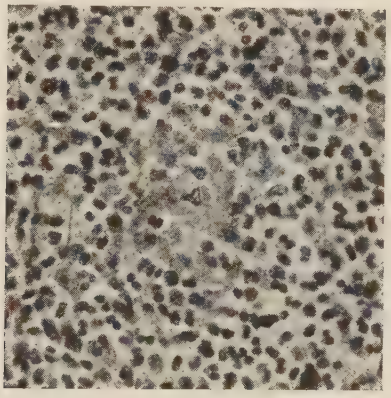
3°) — La réticulose, représentée par les grandes cellules macrophagiques des centres germinatifs, et la vascularite toujours importante.

Ces aspects sont identiques à ceux décrits par THOMPSON, RIFKIN et ZARROW dans le Pacifique et par VAN DER SAR à Curaçao.

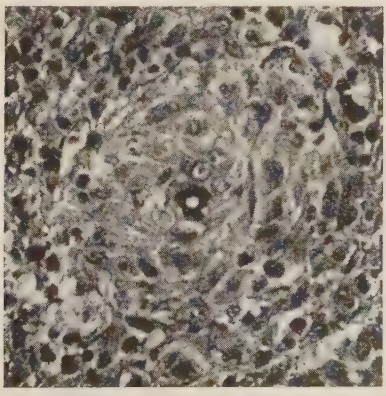
Enfin, nous avons pu examiner un petit nombre de ganglions filariens après l'épreuve thérapeutique à la Notézine : disparition rapide des grandes plages d'éosinophiles et diminution de l'hyperplasie des follicules clos.



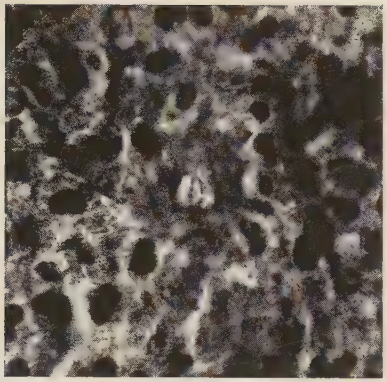
N° 1. — Microfilaire W. MALAYI. Frottis de suc ganglionnaire. (Giemsa. Gross. 700).



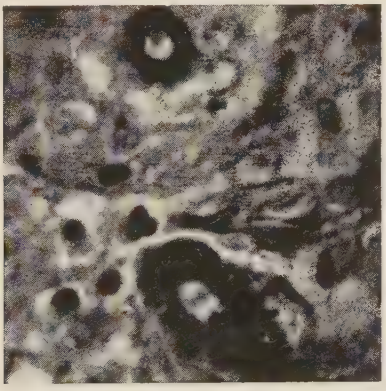
N° 2. — Microfilaire intéressé transversalement par la coupe ; déformation triangulaire ; follicule en voie d'organisation. (Giemsa. Gross. 200).



N° 3. — Follicule ; au centre, corps de microfilaire dégénéré entouré du « manchon godronné ». (Trichrome Masson. Gross. 200).

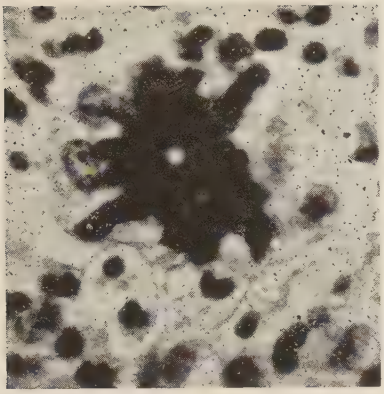


N° 4. — « Manchon godronné » dans la lumière duquel on distingue encore des noyaux somatiques de la microfilaire en voie de disparition. (Trichrome Masson. Gross. 700).

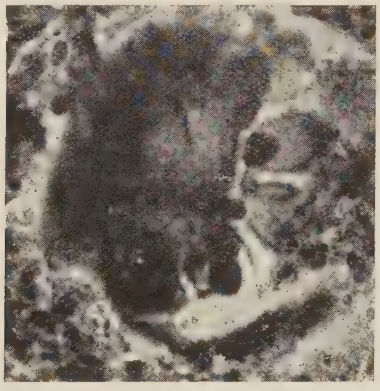


N° 5. — « Manchon godronné » intéressé par la coupe en deux endroits. (Trichrome Masson. Gross. 700).

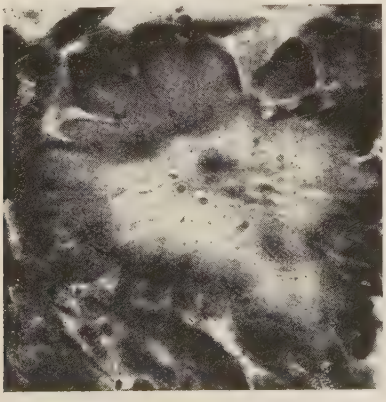
N° 6. — Un aspect du « manchon godronné » en coupe. (Trichrome Masson. Gross. 2800).



N° 7. — « Manchon godronné » ; on distingue nettement les aspects de prolongements en massue (« processus radiés »). Trichrome Masson. Gross. 1400).



N° 8. — « Manchon godronné » ; aspect de grain pseudo-actinomycosique. (Giemsa. Gross. 2000).



N° 9. — « Manchon godronné » ; disparition de la lumière et lyse totale de la micrifilaire ; aspect en rosace. (Giemsa. Gross. 2800).

EVOLUTION - PRONOSTIC

Nous ne pouvons envisager ici que le cas particulier que nous avons étudié, à savoir celui de l'évolution de la filariose lymphatique chez des sujets n'ayant que rarement séjourné plus de trente mois en zone d'endémicité filarienne.

La lecture des Observations prises précédemment par les Médecins du Corps Expéditionnaire, l'interrogatoire des sujets et aussi nos propres constatations, semblent montrer que l'affection évolue par poussées ; on observera, par exemple, 6 à 8 mois après le rapatriement, un mouvement fébrile capricieux atteignant à peine 38° et s'accompagnant d'une augmentation de volume notable de certains ganglions situés loin les uns des autres (par exemple intéressant les épitrochléens des deux côtés et les inguino-cruraux), et parfois d'une poussée bronchitique avec réapparition d'accès de dyspnée asthmatiforme, disparus depuis plusieurs mois.

Parfois accompagnant ces poussées, un prurit plus ou moins prononcé ; une splénomégalie discrète semble s'installer en dehors de toute étiologie palustre décelable, avec une réaction hépati-

que sans hypertrophie notable de la glande. Tous signes qui disparaissent en une semaine environ.

Enfin il faut signaler des épisodes lymphangitiques, qui sont aussi davantage l'expression de poussées évolutives que des complications. Ces épisodes ne présentent aucun caractère de gravité. Il en est de même pour les infiltrats labiles. Dans la plupart des cas, les signes cliniques (adénomégalies, bronchite chronique avec accès asthmatiformes), en plusieurs mois, semblent régresser en dehors de tout traitement étiologique.

Pour ce qui est des adénopathies, en particulier, dans l'observation n° 56, le malade précisait qu'il vit fondre partiellement ses adénites à deux reprises, une fois rapatrié ; nous avons enregistré des déclarations similaires dans quelques autres cas.

Cette rétrocession spontanée de l'hypertrophie ganglionnaire, ne semble toutefois pas être la règle : quelques unes de nos observations concernent des sujets entrés à l'Hôpital plusieurs mois après leur rapatriement sans avoir jamais observé de diminution appréciable du volume de leurs ganglions.

D'ailleurs, de toute façon l'existence d'une hypertrophie ganglionnaire restera toujours signée, après sa rétrocession partielle, par la persistance d'une micropolyadénopathie.

En ce qui concerne les phénomènes bronchitiques, là aussi deux évolutions : dans plusieurs cas, en l'absence de tout traitement, nous avons noté la diminution de la gravité et l'espacement

progressif des accès dyspnéiques nocturnes ; les signes de bronchite chronique demeurent sévères pendant plusieurs mois après la disparition des accès asthmatiformes ; eux aussi finissent par régresser peu à peu, spontanément, jusqu'à ne plus s'objectiver, environ un an après le rapatriement que par des signes ausculatoires très discrets ; toutefois, un an après son rapatriement, un de nos sujets a présenté un infiltrat pulmonaire labile, toute parasitose intestinale pouvant être écartée avec certitude.

Par contre, dans une de nos observations, concernant un sujet qu'à dessein nous avions laissé sans traitement étiologique pendant six mois après son rapatriement afin d'observer l'évolution de l'affection, nous notons la persistance, sans amélioration sensible, des phénomènes pulmonaires (bronchite importante avec crises d'asthme typiques) ; le traitement enfin appliqué supprima net ces processus, sans rechute ultérieure.

L'éosinophilie sanguine peut rester encore très importante (61 % et 26.200 leucocytes), six mois après le rapatriement ; en l'absence de tout traitement, et de toute parasitose intestinale, nous avons noté des éosinophilies de l'ordre de 15 % (9 à 10.000 leucocytes) un an après le rapatriement.

LES FORMES CLINIQUES

Si, dans la plupart des cas, le « Trépied » symptomatologique est évident, et les signes qui le composent sont d'importance comparable, il est d'autres formes où l'un des symptômes prend nettement le pas sur les autres au point d'en faire parfois négliger la recherche par le clinicien non averti.

On peut donc distinguer selon la dominante clinique un certain nombre de formes :

1°. — *FORMES A DOMINANTE GANGLIONNAIRE*

Dans ces cas, la notion d'une énorme adénopathie (dans nos observations, nous en avons rencontré dont la taille valait celle d'une orange, voire d'une pamplemousse), est évidemment au premier plan. Sans atteindre cette taille extrême, l'hypertrophie ganglionnaire peut constituer à elle seule tout le tableau clinique.

Il n'y a pas de relation entre l'importance des adénopathies et celle des phénomènes bron-

chitiques. Ceux-ci peuvent même faire totalement défaut, à moins que, discrets et précocement disparus, ils n'aient laissé aucun souvenir dans l'esprit du malade.

2°. — *FORMES A DOMINANTE BRONCHO-PULMONAIRE*

Dans ces formes, le syndrôme bronchique que nous avons décrit plus haut est particulièrement accusé. Une participation pulmonaire s'objective par l'apparition d'infiltrats qui se nettoyent rapidement même en l'absence de thérapeutique étiologique.

On trouve toujours des adénopathies ; celles-ci, modestes, passent le plus souvent inaperçues.

3°. — *FORMES FRUSTES*

C'est parfois par la découverte forfuite d'une éosinophilie sanguine lors d'un hémogramme de routine, pratiqué sur un sujet hospitalisé pour une toute autre raison, qu'on sera amené à rechercher — si cette éosinophilie ne peut s'expliquer par l'existence d'une parasitose commune, ou si elle persiste longtemps après le déparasitage du sujet - - les autres signes : hypertrophie ganglionnaire modérée et notion d'une bronchite chronique ou d'antécédents bronchitiques.

4°. — *FORMES LYMPHANGITIQUES*

Rares et d'apparition tardive, dans nos cas, les phénomènes de lymphangite sont constatés aussi bien au membre inférieur qu'au membre supérieur. Le cordon lyphatique est assez dur et assez douloureux à la palpation ; sur le trajet de ce cordon, on observe souvent des masses d'allure ganglionnaire de la taille d'un pois chiche à celle d'une amande qui persistent après la disparition de l'œdème et du cordon lyphangitique qui se fait en quelques jours ; à l'examen microscopique, ces masses donnent le même aspect que celui que nous avons rencontré dans les ganglions.

Au niveau du membre, on peut trouver, en outre, un œdème peu inflammatoire et assez tendu.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Il sera basé sur les éléments suivants :

1°) — La recherche des microfilaires dans les ganglions lymphatiques.

2°) — La notion de séjour antérieur en zône tropicale asiatique (pour nous, en Indochine) et la recherche du « Trépied » symptomalologique, tel que nous l'avons décrit, avec :

a) — L'éosinophilie sanguine, qui est trop souvent rapportée au parasitisme intestinal, même quand les examens de selles sont restés négatifs. D'autre part, la présene d'œufs d'ascaris ou d'ankylostomes dans les selles ne préjuge en rien de la présence ou de l'absence de microfilaires dans les ganglions.

b) — Les adénopathies, plus ou moins importantes, qui doivent être recherchées soigneusement ; ainsi dans de nombreuses Observations, on relève la mention « absence d'adénopathies », alors que l'exploration rapide des creux axillaires

révèle la présence d'une demi-douzaine de ganglions de taille appréciable.

c) — Le syndrôme bronchique, qui peut faire défaut (10 % des cas, d'après notre statistique), est presque toujours considéré comme isolé (bronchite chronique banale, asthme essentiel).

d) — Eventuellement, les phénomènes lymphangitiques.

3°) — L'examen de la structure microscopique anatomo-pathologique des ganglions.

4°) — Les résultats du traitement « d'épreuve » par la 1 - diéthyl - carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine, qui sera exposé plus loin.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La simple lecture des motifs de rapatriement sanitaire, nous montre les différents diagnostics qui ont été évoqués ; le diagnostic différentiel sera discuté différemment selon qu'on aura affaire à une forme clinique déterminée :

— une hypertrophie ganglionnaire évoquera les diagnostics de maladie d'HODGKIN, de lympho-sarcome, de maladie de BESNIER - BOECK à localisation ganglionnaire, d'adénopathies tuberculeuses, syphilitiques, de mononucléose infectieuse

Une éosinophilie sanguine s'accompagnant de signes fonctionnels de l'appareil respiratoire évoquera les diagnostics de bronchite chronique, de

dilatation des bronches, d'asthme essentiel, de tuberculose pulmonaire, même.

Une « forme hématologique » évoquera la rarissisme leucémie à éosinophiles. Des hyperleucocytoses atteignant 77.000 éléments au mm3 peuvent faire envisager ce diagnostic.

Une forme lymphangitique subaiguë, plus classique et mieux connue, doit faire envisager le diagnostic de filariose chez un sujet ayant séjourné en Extrême-Orient. Il en est de même, en cas d'hydrocèle avec funiculite.

OBSERVATIONS

La plupart d'entre elles ont été relevées dans les services de Médecine de l'Hôpital Militaire d'ALGER entre 1950 et 1953.

Les autres nous ont été communiquées par les Médecins des Hôpitaux Militaires de Constantine, d'Oran, de Blida et de Tlemcen (Algérie).

Le nombre de nos Observations étant de soixante-quinze, nous nous sommes contentés pour chacune d'un résumé succint de quelques lignes indiquant les signes essentiels observés et les examens complémentaires pratiqués.

Nous en avons développé cependant quelques-unes qui représentent pour nous les formes cliniques.

***

OBSERVATION N° 1

B..., Youcef Mustapha, soldat de 24 ans, est hospitalisé à Oran, en août 1952, rapatrié d'Indochine sept mois auparavant après avoir participé à des opérations militaires dans le Delta Tonkinois, principalement, pendant trente mois.

Il présente depuis un an environ, une volumineuse masse tumorale de l'aisselle droite de la taille d'une orange, formée de plusieurs ganglions hypertrophiés adhérents les uns aux autres ; cette masse est mobile sur la peau et les plans profonds

et indolore. Par ailleurs, il existe une micropolyadénopathie intéressant le creux sus-claviculaire, les chaînes carotidienne droite et trapéziennes bilatérales, les sous-angulo-maxillaires, les sus-épitrochléens et les axillaires gauches, ces derniers du volume d'une amande. La rate est nettement augmentée de volume.

En outre, ce malade présente une bronchite chronique avec dyspnée nocturne et oppression respiratoire. La radiographie montre une accentuation des arborisations dans les deux champs et ne montre pas d'adénopathies médiastinales nettes.

Un hémogramme pratiqué révèle une hyperleucocytose à 17.300 dont 56 % d'éosinophiles.

Après une biopsie qui révèle la structure typique du « Ganglion Indochinois », le malade est évacué sur l'Hôpital militaire d'Alger.

Les hémogrammes successifs montrent une leucocytose variant entre 11.000 et 16.700 et une éosinophilie entre 24 % et 69 %.

La vitesse de sédimentation est de 16 mm. dans l'heure.

On note la présence de polynucléaires éosinophiles dans les crachats.

Tous les examens de selles répétés restent négatifs.

La recherche de microfilaires reste sans résultat. L'intradermo à l'antigène filarien est négative. Une ponction de moëlle est pratiquée et révèle une importante éosinophilie.

On entreprend un traitement à la Notézine le 25 septembre 1952. On assiste à une diminution rapide de la leucocytose qui tombe à 8.200 et de l'éosinophilie qui passe à 12 %, puis à 8.200 et 1 %.

Six mois après, l'hémogramme montre encore 7.600 blancs dont 1 %. Parallèlement, les ganglions ont régressé considérablement de volume et ne se retrouvent plus qu'à la taille d'un grain de riz.

En outre on note une disparition complète des accès de dyspnée asthmatiforme ; les signes de bronchite chronique ont considérablement régressé.

OBSERVATION N° 2

A..., Mohamed, soldat âgé de 33 ans, est hospitalisé en no-

vembre 1951 à Saïgon, pour « signes cliniques de bronchectasies ».

Outre les signes de bronchite et les accès de dyspnée asthmatiforme, on constate la présence d'une masse dans l'aisselle gauche, indolore, volumineuse, d'allure ganglionnaire apparue avant la bronchite, d'après les dires du sujet ; en outre une micropolyadénopathie est perceptible dans les territoires cervical droit, sus-claviculaire gauche et inguinaux.

L'apparition tant des signes pulmonaires que de l'adénopathie aurait été marquée par un fébricule persistant.

Les hémogrammes pratiqués montrent 4.020.000 globules rouges et 18.000 blancs dont 15 % d'éosinophiles en novembre 1951, 3.900.000 rouges et 19.000 blancs avec 31 % d'éosinophiles en décembre 1951.

La vitesse de sédimentation globulaire oscille entre 60 et 90 mm. dans l'heure.

La sérologie syphilitique est négative. La présence d'œufs d'ascaris est constatée dans les selles.

Les antihistaminiques se révèlent pratiquement sans effet sur les phénomènes asthmatiformes.

Une radiographie pulmonaire montre une accentuation des arborisations broncho-vasculaires, plus particulièrement hilo-basales droite.

Un adénogramme, pratiqué le 3-12-1951, montre une allure générale assez bigarrée, l'aspect riedériforme d'un certain nombre de lymphoblastes et un petit nombre d'éléments inclassés, assez volumineux, à noyau légèrement bourgeonnant assimilables à des lymphoblastes hyperplasiés.

Un myélogramme, pratiqué le 20-12-1951, montre une importante éosinophilie.

Une biopsie ganglionnaire pratiquée le 27-12-1951 écarte les diagnostics de maladie d'Hodgkin, de réticulo-sarcome et de réticulose bénigne type Mollaret.

Le sujet est classé sanitaire avec la mention « Micropolyadénopathie réticulo-endothéliale, sans spécifité absolue ».

Evacué sur l'Algérie, le malade entre à l'Hôpital militaire d'Alger, le 30 mars 1952 ; la persistance des signes de bronchite chronique avec crises de dyspnée asthmatiforme, et de l'adénopathie axillaire gauche est constatée ; une micropolyadénopathie intéressant les territoires sus-claviculaire droit et inguinaux l'accompagne.

Les selles restent négatives.

Les hémogrammes pratiqués montrent une leucocytose variant de 17.500 à 16.500 avec éosinophilie de 28 à 30 %.

Une biopsie ganglionnaire pratiquée le 21 août 1952 montre une image typique de « Ganglion filarien ».

Une cure de Notézine — (10 jours) — est entreprise le 30 août.

La leucocytose tombe à 6.100 avec 2 % d'éosinophiles dès le 2 septembre. Dans le même temps, les adénites inguinales régressent et sont réduites à la taille d'un grain de riz — (la masse axilaire gauche avait été enlevée en totalité au cours de la biopsie). On ne note plus l'apparition de crises dyspnéiques nocturnes. Les signes ausculatoires pulmonaires sont discrets.

Peu après la fin du traitement on note l'apparition d'un mouvement fébrile palustre — (une lame montre la présence de Pl. Vivax).

On assiste par la suite à une lente remontée de la leucocytose et de l'éosinophilie qu'on retrouve : à 9.000 et 4 % le 23 septembre, à 10.000 et 10 % le 28 octobre, à 12.000 et 15 % le 12 novembre.

Une seconde cure de Notézine est entreprise le 10 décembre ; elle amène la rétrocession immédiate des signes hématologiques : la leucocytose est à 9.000 et on note 1 % d'éosinophiles.

On n'observera plus dans les mois suivants de rechute. (Huit mois de recul).

OBSERVATION N° 3

S..., Tayeb, est rapatrié sanitaire d'Indochine et entre à l'Hôpital militaire d'Alger en mai 1952.

Présence d'une grosse masse ganglionnaire au-dessus de l'arcade crurale gauche.

L'hémogramme montre 3.725.000 globules rouges.

La vitesse de sédimentation oscille entre 41 mm. et 15 mm.

Le sujet présente des signes importants de bronchite, accompagnés de dyspnée asthmatiforme.

Une ponction ganglionnaire, puis une biopsie sont pratiquées.

Une cure de Notézine est pratiquée, amenant la rétrocession nette de l'adénopathie et une chute de l'éosinophilie qui revient rapidement dans les limites normales.

On voit celle-ci remonter, au bout d'un mois, à 13 % ; une seconde cure est alors entreprise, qui rétablit l'équilibre normal de la formule leucocytaire. Aucune rechute six mois après.

OBSERVATION N° 4

D..., Abderrahmane, est rapatrié sanitaire d'Indochine en février 1952, après 11 mois de séjour au Tonkin, pour « adénopathie sus-claviculaire gauche d'origine indéterminée ».

Hospitalisé à l'Hôpital militaire d'Alger, on reconnaît la présence d'une masse sus-claviculaire gauche de la taille d'une mandarine formée de plusieurs ganglions hypertrophiés dont le volume varie entre celui d'un pois chiche et celui d'une olive, et d'une micro-polyadénopathie intéressant les territoires sus-claviculaire gauche, axillaire et cervical.

Les hémogrammes pratiqués montrent 20.800 globules blancs et 57 % d'éosinophiles.

On note des signes de bronchite et quelques accès de dyspnée nocturnes.

La vitesse de sédimentation, primitivement de 18 mm. dans l'heure, tombe à 12, puis à 10 mm.

La sérologie est dissociée : Kolmer 0 : Kahn + ; Meinicke + —.

Les examens parasitologiques révèlent la présence d'œufs d'ascaris et de trichocéphales dans les selles. Déparasitage. (Examens tous négatifs par la suite).

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine de 10 jours est entreprise en juin, qui provoque la fonte des adénopathies ; parallèlement, la leucocytose tombe à 6.500 avec 2 % d'éosinophiles ; disparition des épisodes dyspnéiques nocturnes. Mais la lente remontée de l'éosinophilie (14.600 blancs et 17 % en novembre), nécessite une seconde cure de Notézine.

Aucune rechute par la suite. (Six mois de recul).

OBSERVATION N° 5

K..., Tahar, hospitalisé en mai 1952, présente une polyadénomégalie, prédominant dans le creux axillaire gauche — (7 à 8 ganglions dont la taille varie de celle d'un pois à celle d'une noix) — dans la région inguino-crurale et au-dessus des épitrochlées.

Les hémogrammes montrent 10.200 blancs et 31 % d'éosinophiles, et 16.370 et 40 %.

Des signes importants de bronchite sont notés.

Les réaction sérologiques — (Kolmer : 0, Kahn + — ; Meinicke 0) — sont dissociées.

Biopsie ganglionnaire.

Le traitement par la Notézine n'a pas été pratiqué.

OBSERVATION N° 6

H..., Mohamed, rapatrié d'Indochine en septembre 1952, présente une polyadénopathie, prédominant dans le creux axillaire gauche — (où un ganglion atteint la grosseur d'une noix) — qu'on retrouve dans la région cervicale et dans l'aisselle droite (ganglions de la taille d'un pois chiche au maximum).

Les hémogrammes montreront une leucocytose variant entre 8.400 et 10.200 avec 21 à 45 % de polynucléaires éosinophiles.

On relève des signes nets de bronchite chronique ayant donné lieu à des accès dyspnéiques nocturnes — (disparus spontanément depuis six mois).

Les examens parasitologiques des selles répétés n'ont révélé qu'une fois la présence d'œufs de trichocéphales.

Biopsie ganglionnaire. Découverte d'une microfilaire à l'examen du ganglion à l'état frais (W. Malayi).

Une cure de Notézine est entreprise ; l'hémogramme montre, à l'issue, 8.500 globules blancs dont 10 % d'éosinophiles. Une semaine après : 7.000 et 0 % d'éosinophiles ; 3 semaines après : 8.000 et 1 %.

OBSERVATION N° 7

Z..., Mohamed, rapatrié en juin 1952 d'Indochine, est hos-

pitalisé à Blida, puis à Alger ; il est porteur de quatre ganglions hypertrophiés dans le creux axillaire droit (de la taille d'une amande à celle d'une grosse noix) ; de trois ganglions axillaires gauches de la taille d'une noisette), et d'une micropolyadénopathie inguinale et crurale.

Une éosinophilie sanguine importante : 20.300 globules blancs dont 64 % d'éosinophiles.

La vitesse de sédimentation est de 35 mm. dans l'heure.

Biopsie ganglionnaire.

Les examens parasitologiques des selles restent constamment négatifs.

Une cure de Notézine est pratiquée qui amène la rétrocession presque totale de l'adénomégalie et de l'éosinophilie (8.600 blancs et 1 % d'éosinophiles).

Six mois après, aucune rechute.

OBSERVATION N° 8

B..., Abdelkader, rapatrié d'Indochine en juin 1952, est hospitalisé à Blida en octobre de la même année.

Il présente une polyadénopathie intéressant surtout la région inguinale droite (plusieurs ganglions de la taille d'une amande) ; dans les territoires axillaire, cervical et sous-angulo-maxillaire, on note la présence de nombreux petits ganglions.

L'hémogramme montre 5.280.000 rouges et 16.400 blancs dont 39 % d'éosinophiles.

En outre, le sujet présente une bronchite chronique avec expectoration abondante, hémoptoïque quelques mois auparavant.

L'examen radiologique révèle une accentuation de la trame pulmonaire.

Ponction-biopsie du plus gros ganglion inguinal.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise. Elle amène la régression très nette des ganglions inguinaux et de l'éosinophilie sanguine qui tombe à 4 % (7.600 leucocytes).

Amélioration sensible des signes pulmonaires.

Aucune rechute après six mois.

OBSERVATION N° 9

M..., Ben Belkacem, est hospitalisé en novembre 1952 pour « adénopathie axillaire gauche d'origine parasitaire probable ».

Rapatrié d'Indochine 5 mois auparavant.

On note une masse polyganglionnaire de la taille d'une mandarine. Pas d'adénopathies dans les autres territoires.

L'hémogramme montre 4.900.000 rouges et 14.200 blancs dont 21 % d'éosinophiles. Un mois après : 14.600 et 44 %.

Les signes bruyants de bronchite sont notés.

La vitesse de sédimentation est de 21 mm. dans l'heure.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise ; elle amène une chute de l'éosinophilie sanguine (8.400 blancs dont 5 %). Aucune rechute trois mois après. Amélioration nette des signes pulmonaires.

OBSERVATION N° 10

L..., Mohamed, rapatrié en octobre 1952, est hospitalisé trois mois après pour « crises de dyspnée nocturne ».

Il présente une polyadénopathie ; région inguinale : nombreux ganglions allant du volume d'un pois chiche à celui d'une grosse noix ; région crurale : de chaque côté, un ganglion gros comme une amande, accompagné de quelques autres, plus petits ; creux axillaire : ganglions de la taille d'un pois chiche à celle d'une grosse noix à droite, chaîne de petits ganglions à gauche ; région sous-angulo-maxillaire.

L'hémogramme montre 4.200.000 rouges et 8.400 blancs dont 14 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique avec fréquents accès asthmatiformes.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn + ; Meinicke + —.

Examen de selles : présence d'œufs d'ascaris.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement arsénical — (Novarsénobenzol + Stovarsol) — est mis en œuvre pendant 21 jours. Dès la fin de la cure, la formule sanguine montre 7.200 blancs et 2 % d'éosinophiles. Disparition des accès dyspnéiques nocturnes qui ne réappa-

rurent plus par la suite. Diminution nette du volume des adénopathies crurales.

Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 11

A..., Saâd, rapatrié d'Indochine en septembre 1952, entre à l'Hôpital militaire de Constantine.

On note la présence d'une volumineuse adénopathie inguinale. La rate déborde d'un travers de doigt ; le foie est légèrement hypertrophié.

L'hémogramme montre 3.150.000 rouges et 36.000 blancs dont 57 % d'éosinophiles.

Il présente une bronchite chronique avec accès de dyspnée asthmatiforme (Motif du rapatriement sanitaire).

La radiographie pulmonaire montre une sclérose du chevelu sous-hilaire.

La vitesse de sédimentation est de 64 mm. dans l'heure.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise, et l'éosinophilie sanguine rétrocède rapidement : le 29 décembre : 20.000 blancs et 15 % d'éosinophiles. En janvier, 14.800 et 8 %.

OBSERVATION N° 12

T..., Ahmed, rapatrié sanitaire d'Indochine en novembre 1952, pour « Polyadénopathie avec éosinophilie importante » est hospitalisé, d'abord à Oran, puis à Constantine.

Il présente des adénopathies axillaires — (de la grosseur d'une noix) — inguinales. La rate déborde d'un travers de doigt.

L'hémogramme montre 3.920.000 rouges et 9.000 blancs dont 42 % d'éosinophiles en octobre, puis, à un mois d'intervalle : 11.8000 et 50 %, 11.400 et 71 %, 7.200 et 34 %.

Signes bronchitiques discrets. La radiographie montre une diffusion hilaire et des densifications des arborisations au niveau des deux bases.

Vitesse de sédimentation : 50 mm. dans l'heure en octobre,

12 mm. en décembre, examens parasitologiques des selles constamment négatifs.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise le 3 janvier ; elle amène une rétrocession nette des adénomégalies. L'hémogramme montre, le 24 janvier : 5.400 blancs dont 10 % d'éosinophiles. Douze jours après : 13.000 dont 4 %.

OBSERVATION N° 13

N..., Slimane, rapatrié sanitaire d'Indochine pour « Bronchite chronique ; infiltrat nodulaire de la base droite », entre à l'Hôpital militaire de Constantine en février 1953.

Il présente une polyadénopathie, siégeant dans la région axillaire ; à gauche, 5 à 6 ganglions de la taille d'un pois à celle d'une noix ; à droite, 2 petits ganglions. Micropolyadénopathie inguino-crurale.

L'hémogramme montre 20.000 blancs et 20 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique sévère avec crises d'asthme ; expectoration hémoptoïque en novembre 1952.

La radiographie pulmonaire ne montre plus d'infiltrat nodulaire, mais seulement des tractus sous-hilaires fortement scléreux.

La vitesse de sédimentation est de 16 mm. dans l'heure.

L'examen parasitologique des selles montre la présence d'œufs d'ankylostomes.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement au Direxiode (10 comprimés par jour pendant 15 jours) est entrepris. On trouve à l'issue : 8.400 blancs, dont 12 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 14

H..., Ben Ali, rapatrié d'Indochine en novembre 1952, présente une assez importante adénomégalie ; aisselle droite, 4 ganglions (le plus gros, du volume d'une noix) ; partant du creux axillaire droit, un cordon descend le long de la face

interne du bras, indolent, jusqu'à l'épitrochlée, portant sur son parcours trois masses d'allure ganglionnaire d'importance décroissante ; aisselle gauche et région inguino-crurale ; micro-polyadénopathie.

L'hémogramme montre 3.700.000 rouges et 7.600 blancs dont 16 % d'éosinophiles. A un mois d'intervalle, on notera ensuite 9.820 et 35 % et 6.200 et 29 %.

Signes auscultatoires de bronchite chronique.

Vitesse de sédimentation : 45 mm. dans l'heure.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn : + ; Meinicke : 0.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise (20 jours). A l'issue, on trouve 8.200 blancs et 5 % d'éosinophiles.

Disparition presque complète des adénopathies et du cordon précités. Disparition totale des signes cliniques et fonctionnels de bronchite. Six mois après, persistance de l'amélioration.

Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 15

L..., Ben Ali, rapatrié sanitaire d'Indochine, pour bronchite asthmatiforme, entre à l'Hôpital militaire d'Alger, en avril 1953.

Il présente des adénopathies assez importantes : dans le creux axillaire droit, on note trois ganglions dont l'un atteint le volume d'un œuf de pigeon ; dans le creux axillaire gauche, trois également, dont l'un est de la taille d'une grosse amande ; une polyadénopathie inguino-crurale modérée.

La formule sanguine montre 7.600 leucocytes et 39 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique sévère avec, fréquemment, accès de dyspnée asthmatiforme.

Les examens parasitologiques des selles sont constamment négatifs.

Biopsie ganglionnaire.

Le traitement ne peut être entrepris, le sujet devant être dirigé sur le Maroc.

OBSERVATION N° 16

S..., Heintz, est rapatrié sanitaire d'Indochine avec la mention « éosinophilie tropicale arséno-résistante ».

Au point de vue sanguin, les hémogrammes successifs montrent :

Le 30 octobre 1952 : 2.320.000 rouges et 8.000 blancs dont 29 % d'éosinophiles.

Le 4 novembre : 3.420.000 rouges et 34.200 blancs dont 30 % d'éosinophiles.

Le 12 novembre : 3.600.000 rouges et 15.800 blancs dont 21 % d'éosinophiles.

Le 18 novembre : 3.360.000 rouges et 21.400 blancs dont 44 % d'éosinophiles.

Le 26 novembre : 3.560.000 rouges et 20.000 blancs dont 59 % d'éosinophiles.

Le 20 décembre : 4.000.000 rouges et 29.600 blancs dont 72 % d'éosinophiles.

Le 27 décembre : 3.920.000 rouges et 27.000 blancs dont 55 % d'éosinophiles.

Le 12 janvier 1953 : 4.640.000 rouges et 77.400 blancs dont 80 % d'éosinophiles.

Le 21 janvier : 3.200.000 rouges et 52.000 blancs dont 80 % d'éosinophiles.

Le 28 janvier : 3.960.000 rouges et 50.000 blancs dont 85 % d'éosinophiles.

Le 11 mars : 4.060.000 rouges et 22.600 blancs dont 62 % d'éosinophiles.

Le 29 mars : 4.440.000 rouges et 25.200 blancs dont 60 % d'éosinophiles.

Sur de nombreux examens de selles pratiqués (une dizaine) un a montré la présence d'œufs d'ascaris, un la présence de rares œufs d'ankylostomes.

La vitesse de sédimentation, de 135 mm. dans l'heure le 30 octobre, a baissé régulièrement, sans parallélisme avec le taux des éosinophiles, pour tomber à 7 mm. le 28 janvier.

Par ailleurs, bronchite chronique très importante, avec violents et fréquents de dyspnée asthmatiforme tant diurnes que nocturnes. A aucun moment les radiographies n'ont montré l'apparition d'images anormales.

Il existe des adénopathies axillaires gauches, où on relève la présence d'une masse pluriganglionnaire de la taille d'un œuf de poule ; à droite, deux ganglions de la taille de grosses noisettes ; microadénopathie inguinale.

Le sujet a reçu en février quatre injections d'acétyl-arsan et une cure de Stovarsol. Le 4 avril on retrouve 27.800 blancs et 41 % d'éosinophiles.

Les examens des selles sont négatifs.

Une biopsie ganglionnaire a été pratiquée.

Une cure de Notézine est entreprise (trois cures de 10 jours, à dix jours d'intervalle). A l'issue on note encore 12.000 blancs et 10 % d'éosinophiles. Nette rétrocession des adénopathies. Sédation des accès asthmatiformes.

OBSERVATION N° 17

F..., Paul, rapatrié d'Indochine pour « dystonie neuro-végétative », présente une polyadénopathie siégeant principalement dans le creux axillaire gauche ; 4 à 5 ganglions dont l'un atteint la taille d'une noix ; à droite : 3 ganglions gros comme des pois chiches ; microadénopathie inguinale.

Hémogramme : 21.000 blancs et 14 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique sévère avec dyspnée asthmatiforme nocturne.

Examens de selles constamment négatifs.

Traitement par la Notézine (deux cures de 10 jours). Diminution notable du volume des ganglions. Formule sanguine revenue à la normale : 8.000 blancs et 3 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 18

D..., Bruno, rapatrié d'Indochine, en mars 1952, est hospitalisé à Oran un an après.

Il présente depuis son dernier séjour un petit ganglion crural gauche qui se développe peu à peu, en même temps qu'apparaissent d'autres adénopathies.

On note à gauche, un ganglion inguinal de la taille d'une

grosse noix, un ganglion crural du même volume ; nombreux ganglions satellites gros comme des noisettes.

A droite, une polyadénopathie inguino-crurale plus modeste (ganglions gros comme des noisettes).

L'hémogramme montre : 4.160.000 rouges et 27.700 blancs dont 74 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique avec petites crises de dyspnée nocturne.

Sérologie syphilitique : Kolmer : 0 ; Kahn : + — ; Meinicke : 0.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires vivantes (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Un traitement à la Notézine est entrepris. A l'issue, on trouve 13.700 blancs et 32 % d'éosinophiles. Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 19

B..., Abderrahmane, rapatrié d'Indochine, entre à l'Hôpital militaire d'Oran en janvier 1953.

Il présente une adénopathie sous-angulo-maxillaire importante.

L'hémogramme montre 14.400 blancs et 32 % d'éosinophiles en janvier : 12.700 et 48 % en février.

Par ailleurs, bronchite chronique ayant débuté en Indochine avec nombreux accès de dyspnée nocturnes.

Selles : trichomonas.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn : + ; Meinicke, + —.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est entrepris. A l'issue, nette diminution du volume de l'adénopathie sous-angulo-maxillaire. Disparition des accès de dyspnée asthmatiformes. L'hémogramme montre 5.200 blancs et 2 % d'éosinophiles. Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 20

H..., Ben Mohamed, rapatrié d'Indochine, en février 1953, présente des adénopathies importantes, siégeant : dans la ré-

gion inguinale (ganglions de la taille d'une grosse noix) ; dans la région axillaire, des deux côtés (de la taille d'un pois chiche) ; dans le creux sus-claviculaire gauche (de la taille d'une noisette).

En outre : micropolyadénopathie cervicale ; épitrochléens (pois chiches).

Hémogramme : 4.250.000 rouges et 27.400 blancs dont 63 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique importante, avec accès de dyspnée asthmatiforme.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn : + ; Meinicke : + —.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est institué. Il amène une nette rétrocession de l'éosinophilie : 15.000 blancs et 35 % d'éosinophiles sont retrouvés à l'issue. Disparition des crises de dyspnée asthmatiforme et amélioration considérable des signes de bronchite. Fonte presque totale des adénopathies. Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 21

S..., Ben Berrouch, rapatrié d'Indochine en novembre 1952, et hospitalisé à Oran, présente une polyadénomégalie prédominant surtout dans les territoires cervical et épitrochléen.

L'éosinophilie sanguine oscille entre 44 et 61 %, leucocytose : 9.000 à 12.000.

Par ailleurs, bronchite chronique très marquée, avec de rares accès de dyspnée nocturnes.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn : + ; Meinicke + —.

L'examen parasitologique des selles montre la présence d'œufs d'ascaris.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise. A l'issue, on note la disparition presque totale des adénopathies et des signes de bronchite.

Hémogramme : 7.200 blancs et 5 % d'éosinophiles.

Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 22

Z..., Abderrahmane, rapatrié d'Indochine en novembre 1952, entre à l'Hôpital militaire d'Oran.

Il est porteur de nombreux ganglions avec prédominance dans la région cervicale gauche (de la taille d'un pois chiche à celle d'une grosse noix) qu'on retrouve également dans les territoires sus-claviculaire et axillaire.

L'hémogramme montre 10.500 blancs dont 39 % d'éosinophiles.

Par ailleurs, signes nets de bronchite avec accès de dyspnée asthmatiforme.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est institué, amenant une très nette rétrocession du volume des ganglions. Nette amélioration des signes de bronchite et disparition des accès de dyspnée asthmatiformes. Hémogramme : 10.000 blancs et 28 %. Une deuxième cure est pratiquée 3 mois après ; à l'issue, on note 7.600 blancs et 6 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 23

A..., Ben Ali, rapatrié sanitaire en février 1953, présente une polyadénopathie sus-claviculaire gauche (de la taille d'une noisette) ; sus-épitrochléenne gauche (trois ganglions de la taille d'une noisette) ; axillaire (surtout à gauche).

L'hémogramme montre 4.100.000 rouges et 24.400 blancs dont 55 % d'éosinophiles, en Indochine.

Bronchite chronique nette.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn : + ; Meinicke + —.

Examen de selles : amibes dysentériques.

Peu de temps avant son départ d'Indochine, ce sujet avait présenté un « Etat de rougeur, chaleur et œdème du membre supérieur gauche ».

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est institué : à l'issue on note une diminution considérable du volume des ganglions et la disparition complète des signes de bronchite. Formule sanguine normale.

Disparition de la dissociation sérologique.

OBSERVATION N° 24

W..., Rolfe, rapatrié sanitaire d'Indochine, est hospitalisé à Oran en février 1953, pour « Infiltrats labiles avec bronchite chronique ».

Deux hospitalisations en Extrême-Orient :

En août 1952, une épisode pulmonaire avec expectoration hémoptoïque ; radiologiquement : un infiltrat flou sous-claviculaire droit ; nettoyage rapide.

En décembre 1952, nouvel épisode pulmonaire, s'accompagnant d'un large infiltrat flou de la base gauche.

Ces épisodes tranchent sur un fond continu de bronchite chronique asthmatiforme. La radiographie, après nettoyage des infiltrats, montre une accentuation de la trame bronchique.

Eosinophilie sanguine : 32 %.

A Oran, on note la persistance des signes bronchiques et l'existence d'une adénopathie jugulo-carotidienne droite assez importante.

L'hémogramme montre 9.800 blancs et 22 % d'éosinophiles.

L'examen des selles révèle la présence d'œufs d'oxyures).

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est entrepris.

Disparition presque totale des signes pulmonaires et des adénopathies. Hémogramme : 9.500 blancs et 8 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 25

M..., Ben Abdallah, est rapatrié d'Indochine, où il a servi 23 mois, principalement dans le Delta tonkinois, avec le diagnostic d'« Eosinophilie tropicale ». Il a été vu en simple transit à l'Hôpital militaire d'Alger, en attendant de poursuivre son voyage sur le Maroc.

En février 1952, on note l'apparition d'une tumeur sous-maxillaire gauche, qui augmente très rapidement de volume, pendant qu'apparaît une importante adénopathie axillaire gauche. Les antibiotiques restent sans effet. Il est évacué de l'hôpital d'Haïphong. La température est normale, et on ne note pas de prurit.

L'examen systématique des ganglions montre :

Un gros paquet sous-angulo-maxillaire gauche, de la grosseur d'une orange ;

Une chaîne de ganglions cervicaux gauches, constitués de ganglions très volumineux.

Une chaîne cervicale droite, très discrète.

Un gros paquet axillaire gauche de la grosseur d'œuf de poule.

En outre, une micropolyadénopathie inguinale, poplitée et du pli du coude.

La formule leucocytaire révèle une éosinophilie à 72 % et 20.000 blancs.

On ne note pas de signes pulmonaires. La radiographie ne révèle rien d'anormal. Une biopsie ganglionnaire est pratiquée.

La sérologie syphilitique est dissociée.

Un traitement prolongé à la Notézine (20 jours) est institué ; une fonte « spectaculaire » des adénopathies est observée et l'éosinophilie tombe à 12, puis à 7 %.

Actuellement on observe une adénopathie résiduelle très discrète, qui siège dans le creux axillaire gauche et dans la région sous-angulo maxillaire gauche. Sérologie ramenée à la normale.

OBSERVATION N° 26

A..., Daoud, après 20 mois de séjour au Cambodge, est rapatrié sanitaire en mai 1949, pour « Maladie d'Hodgkin probable ».

L'apparition, puis l'accroissement continu de ganglions cruraux, motiva son hospitalisation à Pnom-Penh, en novembre 1948, après qu'une série de Novarsénobenzol se soit révélée sans action immédiate.

L'hémogramme pratiqué démontrait 9.200 blancs dont 14 % d'éosinophiles. Rate percutable sur 6 cms.

L'intra-dermo-réaction à l'antigène de Frei négative. Réactions sérologiques (Hecht, Kahn, K'ine) positives. Œufs d'ascaris dans les selles.

Un mois plus tard, apparition d'adénopathies associées, du volume moyen d'une olive, sous-maxillaires, sous-mentonnières, cervicales, sus-claviculaires, axillaires et inguinales.

Pas d'atteinte à l'état général. Apyrexie absolue.

Des signes nets de bronchite sont notés : pas de crises dyspnéiques.

En février 1949, on observe encore 6 % d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire : malgré l'absence de cellules de Sternberg, le bariolage des coupes fait suspecter une maladie d'Hodgkin.

Hospitalisé à l'Hôpital militaire d'Alger, en mai 1949, on pratique deux biopsies ganglionnaires qui révèlent l'architecture microscopique que nous avons par la suite pris l'habitude de nommer « ganglion indochinois ».

Réhospitalisé en octobre 1952, pour juger de l'évolutivité de l'affection, on constate la persistance de nombreux petits nodules fibreux témoins de la polyadénopathie ancienne. Eosinophilie entre 1 et 2 %.

En dehors de la cure de Novarsénobenzol subie en novembre 1948, aucune thérapeutique susceptible d'agir sur l'éosinophilie sanguine et les adénopathies n'a été appliquée, et l'on peut penser que la rétrocession observée est due à l'action de ce produit.

OBSERVATION N° 27

L..., Khaldi, rapatrié d'Indochine, entre à l'Hôpital militaire d'Alger, en novembre 1949, pour « très grosses adénopathies ; mauvais état général ».

Il présente une masse ganglionnaire cervicale gauche, de la taille d'une mandarine ; une polyadénomégalie existe dans tous les autres territoires, et particulièrement dans la région sous-maxillaire gauche (œuf de poule).

Splénomégalie assez importante (quatre travers de doigt de débord).

Hépatomégalie (deux doigts de débord).

Les hémogrammes successifs montrent 3.800.000 à 4.500.000 rouges et 4.900 à 10.000 blancs dont 16 à 21 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique. L'examen radiologique montre des hiles pulmonaires touffus et densifiés et un net empâtement des travers sous-hilaires droites.

Fièvre continue à 38-40° ; prurit important.

Examens parasitologiques des selles négatifs ; réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Une biopsie d'un ganglion rétro-maxillaire est pratiquée en février 1950 ; malgré l'absence de bouleversement de l'architecture microscopique, le bariolage cellulaire à prédominance éosinophilique et les cellules macrophagiques à gros noyau vésiculeux (interprétées comme étant des cellules pré-Sternberg), joint au contexte clinique, font poser le diagnostic de maladie d'Hodgkin.

Mais une ponction-biopsie pratiquée par la suite au niveau d'un ganglion inguinal ramène une microfilaire.

Un myélogramme montre une éosinophilie assez considérable.

Une cure de Notézine, puis une seconde, sont entreprises et amènent une rétrocession notable des adénopathies et de l'éosinophilie (7.400 blancs et 8 % d'éosinophiles). Mais après cette amélioration, on assiste à la remontée de l'éosinophilie — (7.000 blancs et 10 % en avril, 4.900 et 16 % en mai. Reprise des phénomènes généraux (fièvre, prurit).

Le traitement de la maladie d'Hodgkin est alors entrepris ; une série de caryolysine est pratiquée, amenant la fonte rapide et quasi-complète des adénopathies et la disparition du prurit ; l'état général est amélioré.

Mais cet effet n'est que passager. Les adénopathies réapparaissent et surtout le prurit qui revêt une intensité telle que le malade tente de se suicider.

Etant donnée cette situation, malgré la contre-indication que représentait le traitement récent à la moutarde à l'azote, on soumet le malade à la radiothérapie, qui amène la rétrocession des adénopathies et une amélioration des signes généraux et, en particulier, du prurit.

Le sujet est décédé dans ses foyers, en septembre 1950, au cours de son congé de fin de campagne, d'une affection intercurrente.

OBSERVATION N° 28

O..., Chérif, rapatrié d'Indochine en janvier 1952 ; après dix mois de séjour au Tonkin, pour « Polyadénopathie cervicale gauche d'origine tuberculeuse possible », présente à son entrée une masse cervicale gauche, polyganglionnaire, du

volume d'une mandarine, et une micropolyadénopathie axillaire et inguinale.

L'hémogramme montre 3.560.000 rouges et 19.600 blancs dont 48 % d'éosinophiles.

Des signes nets de bronchite sont notés.

Les examens radiologiques révèlent un empâtement des travées sous-hilaires gauches en avril. Quatre mois après, on trouvera, en plus, de grosses mouchetures inter-cléido-hilaires.

Deux biopsies ganglionnaires sont pratiquées et un traitement à la Notézine est institué qui provoque la fonte des adénopathies et la rétrocession de l'éosinophilie — (6.600 et 8 %).

OBSERVATION N° 29

L... Saïd, rapatrié d'Indochine en octobre 1952, est porteur d'une adénopathie crurale gauche de la grosseur d'un œuf de cane, accompagnée d'une micropolyadénopathie axillaire, cervicale et inguinale.

On note une discrète splénomégalie.

Les formules leucocytaires successives montrent 10.600 blancs avec 23 % d'éosinophiles, puis 10.600 et 43 %.

Il existe une bronchite chronique, n'ayant jamais donné lieu à des accès de dyspnée asthmatiforme très importants.

Dans les selles : œufs d'ascaris.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise qui amène la fonte rapide des adénopathies, ramène la formule à la normale — (7.000 blancs dont 3 % d'éosinophiles) — et améliore considérablement les signes bronchitiques — (disparition des accès dyspnéiques qui ne réapparaissent pas dans les mois suivants. (Six mois de recul).

OBSERVATION N° 30

G..., Mohamed, rapatrié d'Indochine en novembre 1952, présente une adénopathie siégeant exclusivement dans le creux axillaire gauche (4 ganglions, le plus gros du volume d'une noix).

L'hémogramme montre : 3.920.000 rouges et 9.200 blancs dont 19 % d'éosinophiles.

Episodes bronchitiques en Indochine.

Vitesse de sédimentation oscillant entre 39 et 12 mm.

Aucune parasitose intestinale ne peut être décelée, tant en Indochine qu'à Alger.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement arsenical — (Novarsénobenzol-Stovarsol) — est entrepris. Rétrocession de l'adénopathie axillaire. Dès la fin de la cure : 8.200 blancs et 3 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 31

S..., Edouard, rapatrié d'Indochine en novembre 1952, présente au niveau de la région carotidienne une tuméfaction ovoïde de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée de plusieurs ganglions. Pas d'atteinte des autres territoires ganglionnaires.

L'éosinophilie oscille entre 30 et 40 % en Indochine.

On retrouve à Oran : 19.800 blancs dont 65 %, puis 21.700, dont 54 %, puis 10.600 et 36 %, à un mois d'intervalle.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est pratiquée, elle amène une fonte remarquable de l'adénopathie qui régresse jusqu'à la taille d'une noisette à la fin du traitement, tandis que l'hémogramme montre 15.600 blancs et 20 % d'éosinophiles, le dernier jour du traitement.

Le malade ne peut être suivi plus longtemps.

OBSERVATION N° 32

B..., Mohamed, rapatrié en février 1953, et admis à l'Hôpital militaire d'Oran, est porteur d'adénopathies très importantes : creux axillaire gauche, une grosse masse formée de plusieurs ganglions hypertrophiés atteignant la taille d'une pamplemousse ; région sus-claviculaire : ganglions de la taille d'une noisette ; autres territoires : microadénopathies.

Trois hémogrammes successifs à 10 jours d'intervalle mon-

trent 13.000 blancs et 9 % d'éosinophiles ; 7.200 et 12 % ; 9.000 et 29 %.

Bronchite chronique nette.

Sérologie : Kolmer : 0 ; Kahn : + ; Meinicke : + —.

Selles : présence de rares œufs d'ascaris.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est entrepris, il amène une fonte rapide des ganglions. Une nette rétrocession de l'éosinophilie sanguine est notée. L'hémogramme pratiqué immédiatement après la fin de la cure montre 6.000 blancs et 18 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 33

M..., Brahim, rapatrié d'Indochine, est porteur d'adénopathies siégeant dans la région inguinocrurale droite (masse de la grosseur d'un œuf de poule), dans la région axillaire à droite et à gauche — (4 à 5 ganglions de la taille d'un pois chiche à celle du noisette) ; épitrochléens.

L'hémogramme montre une leucocytose à 18.000 éléments avec 49 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique (signes discrets).

On assiste à une poussée évolutive : épisode fébrile d'une huitaine de jours — 37°5 à 38°5) — avec recrudescence des signes pulmonaires et hypertrophie considérable, soudaine, des ganglions épitrochléens qui atteignent, le droit, le volume d'un œuf de pigeon ; le gauche, celui d'une noix ; dans la région crurale gauche, apparition d'une masse ganglionnaire semblable à celle du côté droit.

Ponction d'un ganglion épitrochléen.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est entrepris le 1er mars (20 jours). Il amène la rétrocession notable des adénomégalies, la régularisation de la formule sanguine — 7.000 blancs et 0 % d'éosinophiles), la suppression des signes fonctionnels bronchiques.

Pas de rechute dans les mois suivants.

OBSERVATION N° 34

G..., Ahmed, est rapatrié sanitaire d'Indochine pour « maladie de Hodgkin probable » en mars 1950.

Il présente une polyadénopathie prédominant aux régions cervicale, sus-claviculaire (ganglions de la taille d'un pois chiche à celle d'une noisette) et axillaire (atteignant la taille d'une noix).

Bronchite chronique.

L'hémogramme révèle : 4.400.000 globules rouges, 10.500 globules blancs dont 57 % de polynucléaires éosinophiles.

Deux biopsies ganglionnaires sont pratiquées.

Le sujet est soumis à deux cures successives de Notézine qui amènent la fonte spectaculaire des adénites qui ne subsistent plus qu'à l'état de petites lentilles fibreuses.

Hémogramme : 8.200 blancs et 4 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 35

M..., Ben Taïeb, est rapatrié sanitaire d'Extrême-Orient avec la mention « Adénopathie cervicale gauche d'étiologie tuberculeuse probable », et hospitalisé à l'Hôpital militaire d'Alger en juillet 1952.

L'examen révèle la présence d'une polyadénopathie de siège : trapézien gauche (de la grosseur d'une amande), axillaire gauche (de la taille d'un œuf de pigeon), épitrochléen bilatéral.

L'hémogramme révèle : 4.500.000 globules rouges et 10.400 globules blancs dont 10 % de polynucléaires éosinophiles.

Bronchite chronique.

Une biopsie ganglionnaire est pratiquée.

Le sujet est évacué sur le Maroc avant que le traitement à la Notézine puisse être entrepris.

OBSERVATION N° 36

M..., Ben Assou, est rapatrié sanitaire d'Indochine en juillet 1952.

A l'examen, on note une importante adénopathie cervicale

droite de la taille d'une grosse noix et une micropolyadénopathie axillaire et inguinale.

L'hémogramme montre 4.200.000 globules rouges et 7.800 globules blancs dont 8 % de polynucléaires éosinophiles.

Une biopsie ganglionnaire est pratiquée.

Le sujet est évacué sur le Maroc avant que le traitement à la Notézine puisse être entrepris.

OBSERVATION N° 37

D..., Frih, rapatrié d'Indochine depuis 6 mois, entre à l'Hôpital militaire de Tlemcen en octobre 1952. Il est porteur d'une grosse masse axillaire gauche constituée par 6 à 7 ganglions hypertrophiés.

La leucocytose oscille entre 12.000 et 14.200 globules blancs, dont 30 à 45 % d'éosinophiles.

Il n'existe aucun signe pulmonaire appréciable.

L'examen parasitologique des selles révèle la présence d'œufs de trichocéphales et de rares œufs d'ankylostomes.

Biopsie ganglionnaire (exérèse totale de la masse ganglionnaire).

Le traitement à la Notézine n'est pas entrepris.

OBSERVATION N° 38

D..., Etienne, rapatrié sanitaire pour « éosinophilie et polyadénopathies généralisées » a présenté en Indochine des adénopathies importantes, généralisées mais prédominant dans les régions cervicale et inguinale.

Au point de vue sanguin, on relève une leucocytose variant entre 17.600 et 24.000 blancs et une éosinophilie entre 49 % et 60 %.

Dans les selles, une fois : présence de rares œufs d'ankylostomes.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est pratiquée : l'éosinophilie rétrocède ; on retrouve 7.800 blancs et 6 % d'éosinophilies. Diminution nette du volume des adénopathies qu'on ne retrouve

plus, deux mois après, que sous forme de ganglions ne dépassant guère la taille d'un pois chiche ; disparition totale des adénopathies cervicales.

OBSERVATIONS N° 39

D..., Amar, rapatrié d'Indochine en octobre 1952, est hospitalisé en février 1953 pour syndrome dysentériforme.

On découvre une polyadénopathie modérée prédomiant dans le creux axillaire gauche (4 ganglions de la taille d'un pois chiche à celle d'une noisette), qu'on retrouve, plus modérée encore, dans le creux aillaire droit et dans la région cervicale. En outre, deux sus-épitrochléens de la taille d'une noisette.

L'hémogramme montre une leucocytose oscillant entre 8.000 et 8.200 avec une éosinophilie de 6 à 8 %.

Signes cliniques de bronchite discrets. En Indochine, ces phénomènes pulmonaires auraient été accompagnés d'accès de dyspnée asthmatiforme, ayant entraîné une courte hospitalisation.

Les examens de selles restent négatifs.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise.

A l'issue, on note la presque totale disparition des adénopathies dans tous les territoires et la rétrocession de l'éosinophilie (7.000 blancs et 1 % d'éosinophiles).

OBSERVATION N° 40

B... Djellouli, récemment rapatrié d'Indochine, est hospitalisé à Constantine en février 1953, à l'occasion d'un épisode grippal.

Il présente une polyadénopathie intéressant le creux axillaire gauche : 5 à 6 ganglions du volume d'un pois chiche à celui d'une amande.

Splénomégalie modérée débordant de deux travers de doigt.

L'hémogramme montre 4.300.000 rouges et 13.600 blancs dont 78 % d'éosinophiles.

L'examen radiologique montre une pachyscissurite moyenne

droite et une très forte densification des tractus sous-hilaires du même côté.

Examen parasitologique des selles ; œufs d'ascaris, d'ankylostomes et de trichocéphales.

Recherche de microfilaires (Méthode de Knott) : Négative.

Biopsie ganglionnaire. Présence de nombreuses microfilaires (W. Malayi). Examen anatomopathologique.

Un traitement par la Notézine est entrepris. A l'issue on trouve : 16.000 blancs et 35 % d'éosinophiles. Rétrocession nette des adénopathies. La persistance de l'éosinophilie doit être rattachée au polyparasitisme intestinal.

OBSERVATION N° 41

G..., Pédro, rapatrié sanitaire d'Indochine pour « anémie grave à ankylostomes et adénopathies axillaires importantes » est hospitalisé à Oran, en mars 1953.

L'hémogramme montre 3.050.000 rouges et 19.400 blancs dont 52 % d'éosinophiles.

La sérologie syphilitique est dissociée : Kolmer, — ; Kahn, +++ ; Meinicke, —.

Selles : œufs d'ankylostomes ; lamblias.

Biopsie ganglionnaire.

Après une cure de Notézine de dix jours, on trouve, le 9 mars : 2.720.000 rouges et 14.800 blancs dont 33 % d'éosinophiles.

Après une seconde cure, le 18 mars : 3.920.000 rouges et 8.400 blancs dont 34 % d'éosinophiles.

Après une troisième cure, 10.700 blancs dont 29 % d'éosinophiles.

Disparition presque complète des adénopathies. Le chiffre encore élevé des éosinophiles doit être mis sur le compte d'une ankylostomiase irréductible.

Sérologie normale.

OBSERVATION N° 42

G..., Abed, est rapatrié sanitaire d'Indochine en octobre 1952 et hospitalisé à l'Hôpital militaire d'Oran.

Il présente une tuméfaction pluriganglionnaire inguinale droite d'où part un cordon induré palpable jusqu'au condyle interne et sur le trajet duquel on perçoit deux petites tumeurs arrondies non adhérentes.

Par ailleurs, dans le creux axillaire gauche : quatre ganglions de la taille d'une noix.

L'hémogramme montre 4.440.000 rouges et 10.900 blancs dont 11 % d'éosinophiles.

Examen parasitologique des selles : œufs de trichocéphales.

Réactions sérologiques : Kolmer, ++ ; Kahn, + ; Meiniche, — ; Frei, négative.

Une dizaine de jours après, rétrocession des signes au membre inférieur ; apparition à la face interne du bras d'un cordon analogue au premier.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise. Disparition des adénopathies et du cordon induré au membre supérieur.

Hémogramme : 9.000 blancs et 4 % d'éosinophiles. Sérologie négative.

OBSERVATION N° 43

D..., Ahmed, est évacué de l'Hôpital militaire Villemin (Paris), sur l'Hôpital militaire d'Alger, venant d'Indochine, d'où il est rapatrié sanitaire pour la deuxième fois.

En 1951, première évacuation pour « Infiltrats labiles d'étiologie indéterminée ».

En janvier 1953, après 13 mois de séjour dans les rizières du Delta tonkinois, nouvelle hospitalisation à Hanoï et mise en observation pour bronchite avec accès asthmatiformes et crachats hémoptoïques.

Absence de B.K. dans l'expectoration. (Six bacilloscopies)..

Sédimentation horaire : 2 mm.

Radiographie : Infiltration diffuse des deux plages pulmonaires par de petites opacités floues.

Hémogramme : Leucocytes, 6.800 ; Eosinophilie, 32 %.

Dans les selles : présence d'amibes, une fois, à l'exclusion de tout autre parasite. (Six examens).

Sérologie syphilitique négative.

Le sujet est dirigé par avion sur Paris.

Les examens radiologiques successifs, depuis janvier, montrent :

Radiographie du 12 janvier : L'aire de projection des deux lobes supérieurs est recouverte de nodules et macronodules à limites très imprécises, irrégulièrement disséminés.

La trame secondaire a un aspect réticulaire, surtout dans les lobes inférieurs.

Quelques nodules flous se voient également dans les lobes inférieurs.

Radiographie du 2 février : Les opacités cotonneuses ont disparu, il ne persiste plus que l'aspect feutré de la trame secondaire. La disparition rapide, en 20 jours, de l'infiltration nodulaire doit faire penser à un infiltrat labile atypique.

Radiographie du 23 février : Réapparition des nodules flous, mais cette fois, à majoration nette dans les lobes inférieurs.

Radiographie du 5 mars : Nettoyage radiologique presque total. Il s'agit donc, comme la première fois, d'une infiltration labile.

Radiographie du 13 avril : Il existe un empâtement diffus de la trame secondaire — assez discret — plus important aux bases que dans la partie supérieure des plages pulmonaires. Hiles normaux.

En conclusion, il s'agit certainement là d'infiltrats labiles à rechute, dont le caractère radiologique est assez atypique, en raison de l'étendue de l'infiltration et de l'aspect très diffus qu'elle présente.

Arrivé à Alger le 5 avril, on note une éosinophilie à 15 % et 8.240 globules blancs. Devant le tableau clinique — bronchite chronique avec crises asthmatiformes et infiltrats labiles — on recherche les ganglions.

On trouve une micropolyadénopathie axillaire gauche, cervicale, épitrochléenne, inguinale et crurale, un seul gros ganglion, siégeant dans la région crurale gauche, de la taille d'une grosse amande.

Il est extirpé et l'examen parasitologique à l'état frais nous montre la présence de microfilaires de l'espèce Wuchereria Malayi.

L'examen anatomopatholigique du ganglion montre l'image habituelle du ganglion filarien indochinois.

Le traitement par la Notézine est entrepris.

OBSERVATION N° 44

M..., Tayeb, sergent, âgé de 25 ans, est rapatrié sanitaire d'Extrême-Orient en septembre 1952, pour « bronchite chronique asthmatiforme » ; il a servi au Tonkin, pendant 18 mois, en particulier dans le Delta.

A son entrée, on découvre des signes nets de bronchite, la nuit, très souvent, le sujet est en proie à des crises dyspéiques et, parfois, à de véritables crises d'asthme. L'hémogramme qui, en juin, révélait 4.800.000 rouges et 15.200 blancs dont 58 % de polynucléaires éosinophiles, montre, en septembre, 10.880 blancs et 56 % ; en octobre, 11.400 et 30 %.

Par ailleurs, il existe une polyadénopathie modérée, prédominant dans la région axillaire où les ganglions cependant ne dépassent pas la taille d'une amande ; dans les autres territoires (cervical, sus-claviculaire, inguinal) les ganglions atteignent à peine la taille d'un pois chiche, au maximum.

La discrétion de cette adénopathie fit longtemps errer le diagnostic. Les accès dyspnéiques devenaient, par ailleurs, de plus en plus rares ; jamais, toutefois, ils ne disparurent complètement.

L'hémogramme montrait toujours, cependant, une éosinophilie très élevée ; en novembre, 14.000 blancs et 64 % d'éosinophiles ; 19.000 et 38 % en décembre ; 20.200 et 49 % en janvier.

Les examens de selles, fréquemment répétés depuis le début de l'hospitalisation ne révélèrent aucune parasitose intestinale susceptible d'expliquer l'anomalie sanguine (une fois, seulement, ils révélèrent la présence d'œufs d'ascaris).

Les crises asthmatiformes, depuis novembre, reprenaient avec une fréquence et une intensité accrues.

En février, on relevait encore 26.200 blancs et 61 % d'éosinophiles.

On s'attacha alors à l'étude des microadénopathies, pourtant minimes, et une biopsie ganglionnaire fut pratiquée, montrant la structure d'un ganglion filarien.

Un traitement à la Notézine fut pratiqué — (20 jours) — en mars. Il amène la suppression totale, dès les premiers jours, des phénomènes bronchiques.

Après 10 jours de traitement, la formule sanguine montre 14.000 blancs et 21 % d'éosinophiles.

Au vingtième jour : 9.200 blancs et 2 %.

Les ganglions sont réduits à la taille d'un pois au maximum.

Pas de rechutes dans les mois suivants.

OBSERVATION N° 45

E..., Ahmed, soldat âgé de 28 ans, est rapatrié d'Indochine en novembre 1952, pour « Aortite abdominale probablement athéromatheuse ».

Son observation médicale parle de douleurs abdominales para-ombilicales et d'une masse fusiforme paraissant correspondre à une dilatation sortique, la pression de cette masse étant douloureuse. L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent syphilitique et la sérologie est négative. Néanmoins, on pratique quatre injections de cyanure de mercure suivies d'une série de bismuth. Après environ un mois d'hospitalisation, un état fébrile s'installe, accompagné d'un syndrome pulmonaire. Un infiltrat apical droit est décelé à la radiographie. La vitesse de sédimentation est à 22 mm. dans l'heure.

L'hémogramme montre 3.680.000 rouges et 8.400 blancs dont 28 % d'éosinophiles. Une radiographie pratiquée un mois après montre d'une part la disparition de l'infiltrat apical droit et l'apparition d'un nouvel infiltrat labile de la plage moyenne droite qui s'efface rapidement. La vitesse de sédimentation tombe à 5 mm.

Les signes de bronchite persistent. Le malade a reçu pendant 12 jours du cacodylate de soude.

Rapatrié, le sujet rentre à l'Hôpital militaire d'Oran en 1952. On n'y retrouve aucun des signes vasculaires dont il a été fait mention en Indochine. La sérologie syphilitique est par contre très positive.

L'hémogramme montre 5.100.000 rouges et 10.200 blancs dont 7 % d'éosinophiles. L'examen parasitologique des selles est négatif. Une nouvelle formule montre, 15 jours après, une éosinophilie à 10 %.

L'examen radiologique montre une accentuation des hiles et des arborisations.

Se basant sur les résultats des divers examens de laboratoire, le sujet reçoit d'une part, 4 injections de cyanure de mer-

cure, suivies de dix millions d'unités de pénicilline, et d'autre part, une cure de Notézine de 10 jours.

Evacué sur le Service de dermatologie de l'Hôpital militaire d'Alger, fin janvier 1953, un certain nombre d'examens sont pratiqués.

La sérologie — (BW, Hecht, Kahn, Meinicke) — est négative, la vitesse de sédimentation est de 9 mm. dans l'heure ; les examens parasitologiques des selles ne révèlent que la présence d'œufs de trichocéphales.

On note une hypertrophie des groupes ganglionnaires intéressant les territoires axillaires (4 à 5 ganglions dont un atteignant la taille d'une cerise, des deux côtés) et épitrochléens, ganglions cervicaux et sus-claviculaires petits.

L'hémogramme montre 4.500.000 rouges et 9.000 blancs dont 9 % d'éosinophiles. Une ponction ganglionnaire est pratiquée, montrant une importante éosinophilie.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine — (20 jours) — est entreprise. Elle amène la rétrocession notable des adénopathies et de l'éosinophilie (7.000 blancs et 7 %).

OBSERVATION N° 46

A..., Boualem, rapatrié en janvier 1952, est hospitalisé un an après, pour « Infiltrats du champ pulmonaire droit ». Il présente une polyadénomégalie modeste : creux axillaire droit, 5 ganglions dont le plus gros n'excède guère la taille d'une grosse noisette ; creux axillaire gauche : neuf, de la taille d'un pois chiche ; région cervicale : chaînes de petits ganglions ; région inguinale.

Les hémogrammes montrent 4.900.000 rouges et une leucocytose variant entre 10.200 et 15.400 éléments dont 14 à 29 % d'éosinophiles.

On relève des signes de bronchite ; le sujet aurait présenté auparavant des accès de dyspnée asthmatiforme (disparus spontanément depuis six mois).

La radiographie pulmonaire révèle l'existence de nodules flous formant deux opacités à caractère segmentaire, l'une ventrale supérieure, l'autre dorsale inférieure, dans le poumon droit.

Les examens parasitologiques des selles répétés ne révèlent que la présence d'œufs de trichocéphales. La vitesse de sédimentation est de 12 mm.

Quinze jours après, une nouvelle radiographie pulmonaire révèle la disparition des infiltrats. Ceux-ci ne devaient pas reparaître par la suite. On note toutefois une discrète fibrose de la base pulmonaire droite.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est entrepris le 14 mars. Deux jours après, on relève 18.200 blancs et 18 % d'éosinophiles. En fin de traitement, 8.800 et 8 %. Disparition des signes fonctionnels et cliniques pulmonaires.

OBSERVATION N° 47

I..., Luis, est rapatrié sanitaire d'Indochine pour « Bronchite chronique asthmatiforme » en juillet 1952.

Il est porteur d'une micropolyadénopathie de la taille d'une noisette à celle d'un pois chiche, intéressant les territoires susclaviculaires, axillaires, épitrochléens, inguinaux.

Les hémogrammes montrent, à côté d'une anémie relative (3.750.000) une éosinophilie sanguine (20.400 à 18.800 blancs dont 71 à 59 % d'éosinophiles).

Il présente des périodes intermittentes de dyspnée asthmatiforme s'accompagnant rarement d'une expectoration hémoptoïque.

Vitesse de sédimentation : 24 mm. dans l'heure.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est entrepris, qui amène la rétrocession des adénomégalies, et de l'éosinophilie sanguine (7.900 éléments dont 14 % d'éosinophiles) ; depuis l'instauration du traitement, le sujet n'accuse plus de crises d'asthme.

OBSERVATION N° 48

V..., Gustav, rapatrié sanitaire d'Indochine en avril 1953, pour « bronchite chronique avec dyspnée asthmatiforme », présente par ailleurs une polyadénopathie modeste : on relève un ganglion cervical gauche de la taille d'un pois ; trois gan-

glions axillaires à droite et à gauche de la taille d'un pois chiche au maximum ; une polyadénopathie inguino-crurale (6 à 8 de chaque côté, pouvant atteindre le volume d'une amande).

L'hémogramme montre 7.200 blancs et 21 % d'éosinophiles.

Les examens de selles sont négatifs.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise. A l'issue, l'hémogramme montre 9.000 blancs et 7 % d'éosinophiles. Disparition des accès de dyspnée asthmatiforme.

OBSERVATION N° 49

R..., William, rapatrié sanitaire d'Indochine en avril 1953, pour « Bronchite chronique », présente une adénopathie axillaire gauche : 4 à 5 ganglions dont l'un d'eux atteint la taille d'une noix ; à droite, 3 de la taille d'un pois chiche ; 4 à 5 ganglions inguinaux et cruraux petits.

L'hémogramme montre 6.000 blancs et 10 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique sévère. A la radiographie : accentuation des arborisations hilaires.

Examens des selles : œufs de trichocéphales.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est pratiquée. A l'issue l'éosinophilie tombe à 1 %. Amélioration des signes bronchitiques.

OBSERVATION N° 50

C..., Areski, rapatrié sanitaire d'Indochine en avril 1953, présente une micropolyadénopathie axillaire prédominant surtout à droite (de la taille d'un pois chiche au maximum) ; une polyadénopathie inguinale ; des ganglions cruraux plus importants : 3 à 4 de chaque côté, atteignant la taille d'une amande.

L'hémogramme : 17.000 blancs et 40 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique sévère.

La radiographie montre une nette accentuation des arborisations hilaires.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Une cure de Notézine est pratiquée. A l'issue on trouve 7.000 blancs et 4 % d'éosinophiles.

Amélioration nette des signes bronchitiques.

OBSERVATION N° 51

S..., Ameur, rapatrié d'Indochine en avril 1953, pour « bronchite chronique avec asthme intriqué », présente par ailleurs une polyadénopathie : on note, dans le creux axillaire gauche, un ganglion de la taille d'une grosse noix et un, gros comme un pois chiche ; dans le creux axillaire droit, 4 ganglions dont la taille va de celle d'un pois à celle d'un pois chiche ; micro-adénopathie inguino-crurale.

L'hémogramme montre 8.200 blancs et 14 % d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est pratiquée, amenant la disparition des accès asthmatiformes et la rétrocession de l'éosinophilie sanguine (7.000 blancs et 4 % d'éosinophiles).

OBSERVATION N° 52

L..., Manuel, rapatrié sanitaire d'Indochine, en mars 1953, pour asthme ayant débuté il y a six mois, est hospitalisé à Oran ; il est en état de mal permanent ; échec de tous les traitements classiques.

L'hémogramme montre 4.040.000 rouges et 4.800 blancs dont 30 % d'éosinophiles.

Par ailleurs il est porteur d'une micropolyadénopathie axillaire et épitrochléenne.

Pas de parasites dans les selles.

L'asthme est bloqué par l'A.C.T.H., administré à raison de 75 mg. le premier jour, de 50 mg. les quatre jours suivants.

Puis le sujet est soumis à un traitement au Largactyl, pendant cinq jours.

Cinq jours après la fin de la cure, réapparition d'une crise.

Un traitement par la Notézine est alors entrepris.

Disparition totale des accès de dyspnée asthmatiforme et des signes de bronchite .

L'hémogramme montre à l'issue 7.500 blancs et 20 % d'éosinophiles.

Disparition des ganglions sus-épitrochléens.

OBSERVATION N° 53

Z..., Bagdadi, rapatrié sanitaire d'Indochine, en janvier 1953, pour « bronchite chronique asthmatiforme », est hospitalisé en mars 1953, les crises d'asthme devenant de plus en plus fréquentes.

Il est porteur d'adénopathies peu importantes : dans les creux axillaires, quelques ganglions n'excédant pas la taille d'un pois chiche ; des chaînes cervicales, de la taille d'une lentille ; des épitrochléens, gros comme des pois ; des inguinaux, au maximum gros comme des noisettes.

L'hémogramme montre 9.200 blancs et 7 % d'éosinophiles.

Selles : trichocéphales.

Sérologie dissociée : Kolmer, 0 ; Kahn, + ; Meinicke, + —.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est entrepris. Disparition des signes pulmonaires. Rétrocession des adénopathies. Hémogramme : 7.200 blancs e 4 % d'éosinophiles. Sérologie normalisée.

OBSERVATION N° 54

C..., Maâmar, rapatrié sanitaire d'Indochine, est hospitalisé à Oran, en mars 1953.

Il présente une polyadénopathie : dans le creux sus-claviculaire droit : quelques ganglions gros comme des pois chiches ; dans les régions axillaires droite et gauche : plusieurs de la taille d'une noisette ; des sus-épitrochléens gros comme des pois chiches ; une micropolyadénopathie inguinale d'allure banale.

L'hémogramme montre 13.900 blancs et 17 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique avec, de temps en temps, poussées de dyspnée asthmatiforme.

Sérologie dissociée : Kolmer, 0 ; Kahn, + ; Meinicke, + —.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est entrepris ; nette amélio-

rations des phénomènes bronchitiques ; après 10 jours de traitement, on note 8.000 blancs et 16 % d'éosinophiles.

Une seconde cure de 10 jours de Notézine est entreprise.

A l'issue, on trouve 7.500 blancs et 5 % d'éosinophiles.

Sérologie normale.

OBSERVATION N° 55

A..., Ben Kaddour, rapatrié en février 1953 et hospitalisé à Oran, présente une polyadénopathie modérée (ganglions atteignant la taille d'une noisette) intéressant les territoires axillaires, épitrochléens et inguinaux.

Les hémogrammes pratiqués en Indochine montrent une leucocytose variant entre 20.000 et 49.000 avec 59 à 74 % d'éosinophiles. A son rapatriement : 9.600 et 26 %.

Bronchite chronique avec accès de dyspnée asthmatiforme.

L'examen radiologique montre un épaississement de la trame.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est institué. Disparition des accès asthmatiformes et des signes de bronchite. Rétrocession des adénopathies.

Hémogramme : 7.500 blancs et 5 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 56

S..., Jean, est rapatrié d'Indochine en juillet 1952. Il présente une polyadénopathie modérée, généralisée à tous les territoires, allant de la taille d'un pois chiche à celle d'une grosse amande.

Les hémogrammes successifs pratiqués montrent une anémie légère (3.850.000 à 4.200.000) ; une leucocytose variant entre 18.000 et 23.000 éléments et 54 à 49 % de polynucléaires éosinophiles.

Des signes de bronchite chronique sont relevés.

La vitesse de sédimentation a atteint 60 mm. dans l'heure.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement à la Notézine est institué.

Fonte rapide des adénopathies et régression notable de l'éosinophilie sanguine (8.000 blancs et 11 % immédiatement après la fin de la cure).

OBSERVATION N° 57

W..., Siegfried, rapatrié d'Indochine en décembre 1952, est hospitalisé à Oran.

Il est porteur d'une polymicroadénopathie : creux axillaires, région inguinale (volume d'un gros pois chiche) ; à noter un ganglion épitrochléen gauche assez important.

En Indochine, éosinophilie à 33 %. A Oran : 3.970.000 rouges et 15.150 blancs dont 12 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique.

Biopsie ganglionnaire.

Le traitement à la Notézine ne peut être administré, le sujet sortant prématurément de l'hôpital.

OBSERVATION N° 58

M..., Ould Djennel. Chez ce sujet rapatrié plusieurs mois auparavant et affligé d'une pancréatite chronique, on découvre de nombreux ganglions dans la région inguinale, un petit ganglion sus-claviculaire et des épitrochléens. On note l'existence d'une discrète splénomégalie.

Biopsie ganglionnaire.

Décédé.

OBSERVATION N° 59

M..., Ben Mohamed, rapatrié sanitaire d'Indochine, présente par ailleurs une micropolyadénopathie. On note un ganglion sus-claviculaire gauche de la taille d'une amande ; dans les creux axillaires, 5 à 6 ganglions dont la taille va de celle d'un pois chiche à celle d'une noisette ; dans les régions inguinale et crurale, 6 à 8 ganglions, atteignant pour certains la taille d'une petite amande.

L'hémogramme montre 9.000 blancs et 17 % d'éosinophiles.

Bronchite chronique. La radiographie montre des hiles très broussailleux.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est entreprise. A l'issue on trouve 8.880 blancs et 4 % d'éosinophiles.

Le sujet est évacué prématurément sur son pays d'origine.

OBSERVATION N° 60

M..., Abid, est rapatrié sanitaire en avril 1953, pour « bronchite chronique », après sept mois de séjour en Indochine.

L'hémogramme montre 3.850.000 rouges et 9.000 blancs avec 22 % d'éosinophiles en février.

La vitesse de sédimentation est de 18 mm. dans l'heure.

Les examens des selles sont négatifs.

A son arrivée à Alger, on découvre une micropolyadénopathie axillaire bilatérale — (3 à 4 ganglions de la taille d'un pois) — cervicale gauche — (dont un de la taille d'un pois chiche) — et inguino-crurale.

La formule montre 7.000 blancs et 17 % d'éosinophiles.

Examens des selles négatifs.

Biopsie ganglionnaire.

Traitement à la Notézine non pratiqué.

OBSERVATION N° 61

R.., Ramdane, est rapatriée sanitaire d'Indochine en avril 1953, pour « mauvais état général avec hépatosplénomégalie ».

L'interrogatoire révèle que, quatre ans après son arrivée en Indochine, s'est installé une bronchite qui ne l'a plus quitté depuis, avec accès de dyspnée asthmatiforme. Entre janvier et février, l'hémogramme a montré 10.600 à 18.400 blancs avec 16 à 26 % d'éosinophiles.

A son entrée à l'hôpital, on note la persistance des signes de bronchite et l'existence d'adénopathies ; dans le creux axillaire droit, un ganglion isolé de la taille d'une grosse noix ;

à gauche, quatre ganglions de la taille d'un pois chiche à celle d'une noisette ; microadénopathie inguino-crurale.

L'hémogramme montre 6.200 blancs et 17 % d'éosinophiles.

A son entrée à l'hôpital, on note la persistance des signes de bronchite et l'existence d'adénopathies ; dans le creux axillaire droit, un ganglion isolé de la taille d'une grosse noix ; à gauche, quatre ganglions de la taille d'un pois chiche à celle d'une noisette ; microadénopathie inguino-crurale.

L'hémogramme montre 6.200 blancs et 17 % d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire.

Une cure de Notézine est pratiquée. Elle amène la rétrocession nette des signes de bronchite et de l'éosinophilie (7.000 blancs et 5 % d'éosinophiles).

OBSERVATION N° 62

K..., Mohamed, rapatrié d'Indochine en octobre 1952, est hospitalisé, en février 1953, à l'hôpital militaire de Constantine pour « bronchite et œdème de la main et de l'avant-bras gauche ». De plus, il a été traité au même hôpital trois mois auparavant pour hydrocèle et funiculite.

Il présente dans le creux axillaire, des deux côtés, quatre à cinq ganglions dont la taille va de celle d'un pois à celle d'une noisette ; des épitrochléens de la taille d'une noisette ; une polyadénopathie modeste inguino-crurale, d'aspect banal ; mais pendant son hospitalisation, on assistera à l'accroissement de volume d'un des ganglions inguinaux qui atteindra la taille d'une noix ; de plus, une petite masse d'allure ganglionnaire est repérée sur la face interne du bras droit.

La rate déborde de trois travers de doigt.

L'éosinophilie sanguine est modeste : la formule montrera 8.900 blancs et 7 % d'éosinophiles.

Le sujet est porteur d'une bronchite chronique ; une poussée de bronchite, avec expectoration muco-purulente abondante et signes ausculatoires très bruyants, accompagnée d'un mouvement fébrile a motivé l'hospitalisation.

Crachats : présence d'éosinophiles.

De plus, le sujet présente depuis une vingtaine de jours un œdème intermittent, plus au moins étendu, au niveau du

membre supérieur gauche ; on note l'apparition, au cours de l'hospitalisation, d'un cordon dur, peu douloureux, le long de la face cubitale de l'avant-bras gauche.

Par ailleurs on retrouve les phénomènes d'hydrocèle et de funiculite.

Ponction de l'hydrocèle : pas de microfilaires.

Biopsie ganglionnaire ; présence de nombreuses microfilaires vivantes (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Un traitement à la Notézine est entrepris. Régression nette du volume des adénopathies. Amélioration de la bronchite chronique.

Par contre, l'éosinophilie sanguine a un peu augmenté : 5.900 blancs et 12 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 63

D.., Salah, est rapatrié sanitaire d'Indochine. Il est admis en octobre 1952 pour « bronchite chronique ; sujet usé ; inutilisable », à l'hôpital militaire de Constantine (expertise de Réforme).

On note une adénomégalie modeste : dans l'aisselle droite, deux ganglions gros comme des pois chiches ; dans l'aisselle gauche, six ganglions de la taille d'un pois à celle d'une amande.

Eosinophilie sanguine, en mars 1953 : 14.800 et 28 %.

Bronchite chronique asthmatiforme, avec expectoration hémoptoïque en Indochine. La radiographie montre un gros empâtement des travées sous-hilaires.

Crachats : présence d'éosinophiles.

Sérologie : Kolmer, +++ ; Kahn, + ; Kline, + — ; Meinicke, +.

Selles : œufs d'ascaris.

Vitesse de sédimentation globulaire oscillant entre 25 et 75 mm. dans l'heure.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'Etat frais.

OBSERVATION N° 64

S..., Gerhard, rapatrié d'Indochine en septembre 1952, est

hospitalisé à Sétif, en février 1953, pour « bronchite », puis à Constantine pour « éosinophilie sanguine importante sans cause apparente ».

Il est porteur d'une polyadénopathie : dans le creux axillaire gauche, 6 à 7 ganglions de la taille d'une noix à celle d'un pois chiche ; dans le creux axillaire droit, un ganglion de la taille d'une olive ; un ganglion sur la face interne du bras gauche ; un sus-claviculaire gauche de la taille d'une amande ; une microadénopathie inguino-crurale.

— L'éosinophilie sanguine varie entre 33 et 61 %. On retrouve, le 26 février : 28.000 blancs et 49 %.

Par ailleurs le sujet présente, datant de son séjour en Indochine, une bronchite chronique asthmatiforme, avec de temps en temps, une expectoration hémoptoïque. La radiographie montre un empâtement de la trame dans la moitié inférieure des deux champs.

Crachats : présence d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire : présence de nombreuses microfilaires vivantes (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Un traitement mixte : Emétine (0.08 X 8) pénicilline est entrepris.

Apparition d'un petit mouvement fébrile (38°) et d'un cordon lymphangitique au bras gauche.

Cure de Notézine. A l'issue, on trouve 13.000 blancs dont 25 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 65

A..., Mohamed, rapatrié sanitaire d'Indochine pour périphlébite des deux membres inférieurs avec polyadénopathies inguino-crurales et axillaires, entre à l'hôpital militaire de Constantine en février 1953.

On note une polyadénopathie de modeste importance : dans le creux axillaire gauche, 5 ganglions de la taille d'un pois à celle d'une amande ; dans le creux axillaire droit : 2 ; dans la région crurale droite : 5 à 6 de la taille d'un pois à celle d'une noix ; deux de la taille d'un pois à gauche. Pas de cordon lymphangitique perceptible.

La formule sanguine montre, en février : 11.900 blancs et 9 % d'éosinophiles ; en mars, 13.500 et 35 %.

On ne peut mettre en évidence de signes bronchitiques.

Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est entrepris le 10 mars.

OBSERVATION N° 66

A..., Ben Lahcen, rapatrié sanitaire pour « adénopathie éosinophilique », présente une polyadénopathie généralisée, cervicale, axillaire, épitrochléenne, inguinale.

Bronchite chronique..

Hémogramme : 24.880 blancs et 30 % d'éosinophiles.

Selles : oxyures, trichocéphales, ankylostomes.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Après une première cure de Notézine, on trouve 9.500 blancs et 8 % d'éosinophiles. Diminution sensible du volume des adénopathies.

OBSERVATION N° 67

M..., Anton, rapatrié sanitaire pour « mauvais état général avec éosinophilie à 23 % », présente une polyadénopathie axillaire (ganglions de la taille d'une noisette à celle d'une noix), épitrochléenne et inguinale.

Bronchite chronique.

Hémogramme : 15.500 blancs et 41 % d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Trois cures successives de Notézine. A l'issue : nette diminution du volume des ganglions dans tous les territoires : disparition des signes de bronchite. Hémogramme : 1.600 blancs et 11 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 68

A..., Ghalem, rapatrié sanitaire d'Indochine et hospitalisé à Oran.

Adénopathies cervicales (ganglions gros comme des pois chiches), épitrochléennes (gros comme des noisettes), axillaires (gros comme des grosses noix), inguinales.

Bronchite chronique.

Hémogramme : 12.500 blancs et 44 % d'éosinophiles.

Selles : œufs d'ankylostomes.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Cure de Notézine. Diminution généralisée du volume des adénopathies. Amélioration des signes de bronchite.

Hémogramme : 10.600 blancs et 30 % d'éosinophiles. La persistance de l'éosinophilie est à rattacher au parasitisme intestinal.

OBSERVATION N° 69

A..., Michel, rapatrié sanitaire d'Indochine pour « infiltration de type éléphantiasique localisée aux régions épitrochléennes d'étiologie indéterminée », est hospitalisé à Oran en février 1953.

Adénopathies axillaires et épitrochléennes. Cordon induré sur le trajet de l'artère humérale gauche. Œdème de l'avant-bras gauche, avec placard infiltré de la région épitrochléenne droite. Tuméfactions fugaces du creux poplité.

Eosinophilie sanguine à 27 %.

Par ailleurs, syndrome parkinsonien fruste, mais typique.

Biopsie ganglionnaire et cutanée.

Cure de Notézine ; à l'issue, on trouve 6.250 blancs et 4 % d'éosinophiles.

Disparition des adénopathies épitrochléennes et axillaires.

OBSERVATION N° 70

B..., August, rapatrié sanitaire d'Indochine pour « amibiase, adénopathies », est hospitalisé à Oran en avril 1953.

Polyadénopathies cervicales, sus-claviculaires, épitrochléennes, axillaires et inguinales.

Bronchite chronique.

Hémogramme : 17.200 blancs et 20 % d'éosinophiles.

Selles : amibes.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Une cure de Novarsénobenzal-Stovarsol amène la diminution du nombre des éosinophiles, mais une augmentation du volume des ganglions dans tous les territoires. Une cure de Notézine est entreprise ; on trouve à l'issue 9.000 blancs et 21 % d'éosinophiles ; on constate en outre dans le sang la présence de schizontes de Pl. Vivax.

Diminution nette du volume des ganglions.

OBSERVATION N° 71

D..., Bruno, rapatrié sanitaire d'Indochine pour « polyadénopathie chronique éosinophilique », est hospitalisé à Oran en mars 1953.

Polyadénopathie inguino-crurale (deux ganglions de la taille d'une grosse noix, 5 à 6 de la taille d'une noisette).

Bronchite nocturne avec accès de dyspnée nocturnes.

Hémogramme : 27.700 blancs dont 74 % d'éosinophiles.

Vitesse de sédimentation : 40 mm. dans l'heure.

Sérologie : Kolmer, — ; Kahn, + ; Meinicke, —.

Biopsie ganglionnaire. Présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Une cure de Notézine est entreprise ; à l'issue, diminution nette du volume des adénopathies ; disparition des accès athsmatiformes ; hémogramme : 13.700 blancs et 32 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 72

E..., Hermann, rapatrié sanitaire d'Indochine pour « bronchite chronique asthmatiforme », présente une hypertrophie ganglionnaire de siège axillaire (5 à 6 ganglions de la taille d'une noisette à celle d'une noix) et une micropolyadénopathie cervicale, épitrochléenne et inguinale.

L'hémogramme montre 15.000 blancs et 25 % d'éosinophiles.

Par ailleurs, crises asthmatiformes, pénibles et fréquentes. Biopsie ganglionnaire.

Un traitement par la Notézine est entrepris. Très rapidement, sédation des crises asthmatiformes, amélioration sensible de la bronchite. Hémogramme : 8.000 blancs dont 4 % d'éosinophiles. Rétrocession des adénopathies.

OBSERVATION N° 73

W..., Frantz, rapatrié pour « œdème du membre inférieur droit », présente en outre une polyadénopathie prédominant dans les régions axillaires et inguinale. Par ailleurs : 8.000 blancs et 10 % d'ésosinophiles.

Une cure de Notézine est entreprise. Diminution nette du volume des ganglions. Rétrocession nette de l'œdème de la jambe droite ; hémogramme : 6.800 blancs et 2 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 74

S..., René, rapatrié sanitaire pour « œdème persistant du membre inférieur droit » ayant résisté à plusieurs thérapeutiques (auréomycine, novocaïne lombaire, diathermie). On note une polyadénopathie axillaire (deux ganglions de la taille d'une amande de chaque côté) et inguinale.

L'hémogramme montre 9.000 blancs dont 15 % d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire.

Deux cures de Notézine de 10 jours sont entreprises.

A l'issue on note la diminution nette du volume des ganglions ; la rétrocession presque totale de l'œdème du membre ; l'hémogramme montre 6.800 blancs et 1 % d'éosinophiles.

OBSERVATION N° 75

N..., Mohammed, rapatrié sanitaire d'Indochine, présente une polyadénopathie à prédominance axillaire gauche (masse

ganglionnaire de la taille d'une petite mandarine) ; micro-polyadénopathie cervicale, sus-claviculaire, inguinale, axillaire droite.

Bronchite chronique avec fréquents accès de dyspnée asthmatiforme.

Hémogramme : 25.000 blancs et 60 % d'éosinophiles.

Biopsie ganglionnaire ; présence de microfilaires (W. Malayi) à l'examen à l'état frais.

Une cure de Notézine est entreprise ; influence spectaculaire sur les phénomènes bronchitiques ; rétrocession des adénopathies ; hémogramme à la fin de la première cure : 10.000 blancs et 8 % d'éosinophiles.

NOSOLOGIE

Notre attention a été attirée par l'analogie existant entre le syndrôme que nous avons observé, et que nous avons démontré être d'origine filarienne, et celui connu sous le nom d' « Eosinophilie tropicale ».

Sous le nom d'« Etat pseudo-tuberculeux avec éosinophilie » en 1940, FRIMODT-MOLLER et BARTON ont décrit un syndrôme qui se présente schématiquement de la manière suivante :

Après environ une semaine de malaises d'allure banaux, apparaissent des crises de dyspnée asthmatiforme nocturnes, accompagnées d'un état fébrile plus ou moins net qui dure quelques semaines ; on peut trouver des adénopathies discrètes, dures et indolentes et, dans la moitié des cas, une légère splénomégalie. Les troubles broncho-pulmonaires, en l'absence du traitement arsenical, passent à la chronicité, et la radiographie peut montrer des ombres pulmonaires fugaces. L'hémogramme révèle une hyperleucocytose marquée et une éosinophilie très importante, avec une anémie légère. L'étiologie du syndrôme est inconnue.

WEINGARTEN, en 1943, lui a donné le nom d'« Eosinophilie tropicale » sous lequel se syndrôme est décrit encore aujourd'hui. BALL a proposé le terme d'« Eosinophilie pulmonaire tropicale » étant donnée la quasi-constance des troubles fonctionnels respiratoires.

Si les auteurs, en effet, ont centré le problème sur l'élément bronchitique associé à l'éosinophilie sanguine, ils signalent cependant l'existence d'adénopathies.

Notre opinion fut confirmée quand nous eûmes en main les résultats des travaux de VAN DER SAR qui a montré la possibilité de l'intervention des filaires lymphatiques comme facteur étiologique du syndrôme. MEYERS et KOUWENAAR sont arrivés aux mêmes conclusions.

Comme ces auteurs, il nous a été impossible de constater la présence de microfilaires dans le sang : il nous a fallu aller les trouver dans les ganglions lymphatiques et dans des conditions d'examen assez particulières (ganglions sectionnés, placés dans du sérum physiologique et examen du liquide de trempage plusieurs heures après). Cette difficulté pour mettre en évidence le parasite peut expliquer pourquoi cette étiologie de l'« Eosinophilie tropicale » n'a pu être affirmée qu'exceptionnellement auparavant.

De plus, les bons résultats que nous avons obtenus avec le traitement arsenical apportent un nouvel élément d'analogie entre le syndrôme que nous avons observé et l' « Eosinophilie tropicale ».

(Dans une quinzaine de cas, nous avons fait

pratiquer une recherche d'acariens type tyroglyphe ou autres dans l'expectoration ; elle s'est toujours révélée négative).

Nous n'avons pas rencontré d' « Eosiniphilie tropicale » dont nous n'ayons pu faire la preuve de son étiologie filarienne.

Le nombre de nos observations nous autorise à penser que, si l' « Eosinophilie tropicale » peut procéder d'étiologies diverses, la filariose lymphatique constitue un facteur déclanchant non négligeable de ce syndrôme.

Notre travail apporte un élément de plus en faveur du démembrement de ce syndrôme « cryptogénétique ».

Considérations Etiologiques et Pathogéniques

Toutes les microfilaires que nous avons pu trouver dans les ganglions lymphatiques appartenaient à l'espèce WUCHERERIA MALAYI.

MEYERS et KOUWENAAR ont rencontré cette même microfilaire à l'exclusion de toute autre dans les ganglions de deux sujets présentant le syndrôme « d'éosinophilie tropicale ».

VAN DER SAR, lui, déclare avoir rencontré dans deux cas semblables, des microfilaires qu'il dit appartenir « probablement » à l'espèce WUCHERERIA BANCROFTI.

Nous sommes mal renseignés sur la morphologie de WUCHERERIA PACIFICA étudiée par les Médecins de l'Armée Américaine pendant la guerre du Pacifique. Les symptômes cliniques de cette affection ne correspondent pas à ceux que nous avons observés ; ils se caractérisent, en effet, par la fréquence des phénomènes d'orchite et d'épididymite, et on ne relève chez eux aucun phénomène broncho-pulmonaire ; les microfilaires sont retrouvées semble-t-il facilement dans le sang périphérique.

WUCHERERIA MALAYI, filaire asiatique, a été reconnue par ses embryons en 1927 par BRUG. Elle a d'abord été confondue, malgré sa morphologie particulière, avec la microfilaire de BANCROFT ; mais le jour où LICHTENSTEIN a montré que le Culex fatigans était incapable de la transmettre, elle en a été distinguée.

Les adultes n'ont été identifiés que treize ans plus tard par RAO et MAPLESTONE et, morphologiquement, si le mâle se différencie du mâle de la filaire de BANCROFT, les femelles sont très difficiles à différencier.

WUCHERERIA MALAYI existe en abondance en Indonésie, en Malaisie, aux Indes, en Indochine (travaux de GALLIARD et de CANET), et jusqu'en Chine du Sud.

Le vecteur principal des embryons de cette filiaire est représenté par les Culicinés du sous-genre Mansonioides (M. Annulipes, M. Annulata, M. Annulifera, M. Indiana, M. Uniformis).

Mais divers anophèles peuvent jouer le rôle d'hôtes vecteurs.

Le fait que le vecteur principal de WUCHERERIA MALAYI est constitué par des moustiques du genre Mansonioides explique la répartition rurale de cette filariose ; en effet, les larves de Mansonia se fixent par leurs siphons crochus sur les racines de plantes qui abondent dans les collections d'eau et les rizières pour y puiser l'oxygène qui leur est nécessaire, alors que les larves des moustiques qui transmettent WUCHERERIA BANCROFTI vivent dans les eaux stagnantes et

usées, respirant l'air atmosphérique directement grâce à leurs siphons terminaux.

On peut donc opposer nettement la filariose à WUCHERERIA MALAYI, filariose rurale, à la filariose à WUCHERERIA BANCROFTI, filariose urbaine.

Les microfilaires infectantes, introduites dans le corps humain par la piqûre du Moustique, gagnent les vaisseaux lymphatiques, puis les ganglions, puis le tissu cellulo-adipeux mésentérique ou périviscéral et donnent les filaires adultes. Celles-ci, à leur maturité sexuelle, déversent dans les lymphatiques les embryons munis d'une gaine qui vont passer dans le sang périphérique ; avant de pouvoir y être mis en évidence, il faut qu'une certaine densité y soit atteinte et cette densité est fonction du nombre des filaires adultes qu'héberge l'hôte.

L'expérience montre qu'en zone d'endémie les enfants ne présentent pas de microfilaires dans le sang avant l'âge de trois ans. A partir de ce moment le sang périphérique montre les microfilaires de jour et de nuit avec cependant une majoration nocturne importante (20 fois plus).

Nos malades ne restent pratiquement pas ce laps de temps en zône d'endémicité ce qui peut expliquer leur infestation insuffisante en nombre d'adultes pour permettre la découverte des microfilaires dans le sang périphérique.

Les microfilaires, transportées par le courant lymphatique jusqu'au relai ganglionnaire correspondant à la région où siège la filaire, sont arrê-

tées dans les ganglions. A leur contact on voit s'accumuler les polynucléaires éosinophiles qui s'amassent en culture pure. La désintégration de ces derniers donne naissance aux cristaux de CHARCOT-LEYDEN qui sont retrouvés à peu près constamment dans l'exsudat ganglionnaire prélevé par ponction ou par râclage de la pulpe.

Au bout d'un certain temps, les microfilaires sont phagocytées par des histiocytes mobilisés qui se réunissent en plasmodes.

Sous l'influence des diastases sécrétées par ces cellules, la microfilaire montre des signes de souffrance ; sa section devient irrégulière ; autour d'elle apparaît une substance anhiste qui l'engaine à la façon d'un manchon et qui constitue ce que nous avons appelé le « tube godronné » et qui forme sur les coupes ce que VAN DER SAR appelle le « processus radié ». Ce manchon, lisse au contact du parasite, est hérissé de prolongements plus ou moins longs à sa périphérie.

A un stade plus avancé de la maladie, le tube godronné, volumineux, montre une lumière vide, la microfilaire ayant disparu, digérée par les diastases de l'organisme.

Le tube peut persister longtemps ; la cavité centrale disparaît et les prolongements radiés prennent alors l'aspect des massues que l'on voit dans certaines mycoses quoique leurs affinités tinctoriales en restent totalement différentes (elles ne sont jamais acido-résistantes, en particulier).

Ces « corps étrangers » sont retenus au sein d'un follicule infectieux à cellules géantes. Ils

finissent par être complètement résorbés puisqu'il vient un moment où l'on ne retrouve plus dans les ganglions que des cellules géantes seules.

O'CONNOR, étudiant la filaire de BANCROFT, estime que les phénomènes inflammatoires des poussées de lymphangite ressortent d'un état allergique provoqué par la libération de substances toxiques au moment de la résorption des corps filariens.

Il est possible que l'éosinophilie sanguine ait la même origine ; VAN DER SAR a observé que l'éosinophilie sanguine est plus importante quand on arrive à mettre en évidence dans les ganglions des corps de microfilaires en voie de dégénérescence.

L'hypertrophie ganglionnaire généralisée est un phénomène réactionnel vis à vis de la pénétration des microfilaires dans les ganglions.

L'hypertrophie splénique que nous avons quelquefois observée principalement au cours des poussées évolutives, ressort peut-être de la même cause.

Il est possible également que les phénomènes broncho-pulmonaires que nous avons observés soient dus à la présence ou au passage des microfilaires dans le réseau lymphatique pulmonaire.

Le syndrôme : adénopathies, éosinophilie sanguine et bronchite chronique asthmatiforme, dont nous retrouvons certains éléments dans d'autres affections telles que syndrôme de LOEFLER, mononucléose infectieuse, maladie de HODGKIN,

syndrôme de CHALIER-LEVRAT, peut-être considéré comme le résultat de l'agression du système réticulo-endothélial.

Cette réaction peut provenir de l'irritation chimique due aux toxiques résorbées, ou de l'irritation mécanique par les microfilaires migrant dans le système lymphatique.

L'emploi de l'hormone cortico-trophique ou de la cortisone, après destruction de l'agent causal de l'affection, semble pouvoir être envisagé pour obtenir une régression plus rapide et plus complète de la réaction hyperplasique ganglionnaire.

TRAITEMENT

Le traitement par la I-diéthyl-carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine (spécialisée sous le nom de Notézine), avait été entrepris avant même que nous n'ayons fait la preuve de l'étiologie filarienne, comparativement avec l'Auréomycine, l'iodure de Potassium, voire même, sur un malade, les moutardes à l'azote. L'action spectaculaire de la I - diéthyl - carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine seule sur les adénopathies nous avait incité à utiliser ce médicament pour le traitement de tous les autres malades.

Nous administrons le médicament suivant la posologie suivante : 4 comprimés à 0 g, 10 par jour pendant 10 jours ; arrêt 10 jours ; reprise 10 jours.

1°) — L'action de la Notézine *sur les Adénopathies* est satisfaisante dans tous les cas. En une quinzaine de jours environ après la fin de la cure nous notons la rétrocession nette du volume des adénites ; cet effet a été littéralement spectaculaire dans plusieurs cas ; très net et satisfaisant, quoique plus lent, dans les autres cas.

La Notézine n'influence pas notablement les Microadénopathies.

2°) — L'action du Médicament *sur le Syndrôme bronchitique* est moins spectaculaire, mais est, cependant, indéniable ; la bronchite chronique est nettement améliorée ; quant aux accès de dyspnée asthmatiforme, ils s'atténuent, diminuent de violence et disparaissent rapidement, parfois dès les premiers jours du traitement ; nous ne les avons pas vus se reproduire par la suite (6 à 9 mois de recul).

3°) — *Sur les signes hématologiques,* enfin, l'action de la Notézine est indiscutable et est obtenue de façon constante.

Dans tous les cas où une cure de Notézine a été pratiquée, nous avons assisté à la rétrocession rapide de la leucocytose et de l'éosinophilie sanguine, tombant, dans le cas le plus frappant, de 26.000 globules blancs dont 69 % d'éosinophiles à 8.000 et 1 %, en une quinzaine de jours après le début du traitement.

Toutefois, en ne pratiquant qu'une cure unique de 10 jours, nous avons observé, dans 3 cas, après la chute de l'éosinophilie à des chiffres voisins de la normale, une lente mais constante remontée du taux des éosinophiles (jusqu'à 15 à 29 %). Une nouvelle cure de 10 jours ramena à la normale la formule sanguine.

INCIDENTS DU TRAITEMENT

Nous n'avons observé qu'une fois des troubles provoqués par l'ingestion de ce produit, se traduisant par des nausées et des vomissements. Dans

un autre cas, on a observé l'apparition d'un ictère après une deuxième cure de Notézine séparée de la première par un espace de 10 jours.

Par ailleurs, dans deux cas, nous avons observé un fait déjà signalé (SCHNEIDER) : l'apparition d'un accès palustre, confirmé parasitologiquement, qu'on peut admettre avoir été déclanché par la cure de Notézine, étant donné qu'il a suivi de très près celle-ci.

TRAITEMENT PAR LES ARSENICAUX

Nous avions retenu, au début de nos travaux, l'action éventuelle d'un traitement mixte Novarsénobenzol - Bismuth (Observation N° 26), qui s'il s'était révélé sans grande activité sur les adénopathies de ce sujet, semblait être la cause de l'éosinophilie relativement discrète notée dès les premiers mois de l'évolution de ce syndrôme.

Dans le but d'essayer d'identifier absolument ce syndrôme (cryptogénétique) d'« Eosinophilie tropicale » à une filariose lymphatique, nous avons traité quelques uns de nos sujets par les arsenicaux.

Ces produits, en effet, sont considérés par la majorité des auteurs, encore à l'heure actuelle, comme le traitement quasi-spécifique de l'« Eosinophilie tropicale ».

Nous avons associé Novarsénobenzol et Stovarsol, suivant le schéma suivant :

Novar : 0 g, 15 suivi de 3 Jours de Stovarsol.
(2 comprimés à 0 g, 25).

Novar : 0 g, 30 suivi de 3 Jours de Stovarsol
(2 comprimés à 0 g, 25).

Novar : 0 g, 45 suivi de 5 Jours de Stovarsol
(2 comprimés à 0 g, 25).

Novar : 0 g, 60 suivi de 5 Jours de Stovarsol
(2 comprimés à 0 g, 25).

Au total : 21 Jours.

— Les résultats se montrèrent satisfaisants.

Ainsi dans l'Observation N° 10, immédiatement après la cure arsénicale, on assista à la sédation des accès dyspnéiques nocturnes et à la nette diminution des adénomégalies inguino-crurales et cervicales.

La formule sanguine montre 7.200 Blancs et 2 % d'éosinophiles, alors qu'avant le traitement on relevait 14 % d'éosinophiles.

Résultats semblables dans l'observation n° 30.

Dans ces deux cas, nous n'avons pas observé, au cours du traitement, d'exacerbation de l'éosinophilie, les hémogrammes pratiqués pendant l'administration des médicaments ne nous ayant montré que des taux intermédiaires entre les chiffres relevés avant et après la cure, et régulièrement descendants.

— Les résultats, satisfaisants, du traitement arsénical nous semblé pouvoir être, en y associant le contexte clinique, le dernier chaînon qui nous

manquait pour pouvoir assimiler filariose lymphatique et « Eosinophilie tropicale ».

Il est évident cependant, que si le traitement arsénical semble donner des résultats aussi satisfaisants que le traitement par la 1 - diéthyl - carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine, ce dernier médicament, d'administration plus aisée (par os), et ne provoquant aucun des accidents regrettables de la thérapeutique arsénicale, est à préférer.

Rappelons en outre, que les divers traitements anthelmintiques courants appliqués, tant en Indochine que dans nos services, dans l'intention de débarasser les sujets de leurs parasites intestinaux, s'étaient révélés absolument sans effet sur l'éosinophilie sanguine.

PROPHYLAXIE

Les vecteurs de la filariose à WUCHERERIA MALAYI sont nombreux mais difficilement vulnérables. Les agents vecteurs principaux étant les Mansonidés, il faudrait, au point de vue prophylaxie anti-larvaire, supprimer des collections d'eau les plantes (jacinthes d'eau et Piscia) qui hébergent les larves de ces moustiques.

Ceci demande un déploiement de matériel et de personnel extrêmement important et pratiquement irréalisable dans l'état actuel des choses.

La destruction des larves au moyen de produits chimiques antilarvaires entraînerait également des frais considérables.

La Prophylaxie individuelle par absorption de I - diéthyl - carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine, au même titre que les antimalariques, pourrait être envisagée si la maladie amenait une perte d'effectifs de l'ordre de celle du paludisme.

Cette Prophylaxie a été étudiée et mise en exécution, pour la filariose à LOA-LOA, suivant la posologie suivante : 1 comprimé de Notézine à 0 g, 10 deux fois par semaine, pendant la durée du séjour en zone d'endémicité, et dans les trois semaines qui suivent le rapatriement.

CONCLUSION

Nous présentons Soixante-quinze cas d'un syndrôme associant adénopathies, éosinophilie sanguine et bronchite chronique asthmatiforme, connu sous le nom d'« Eosinophilie tropicale », et que nous montrons être d'étiologie filarienne.

Si l'on veut bien y ajouter le nombre certainement considérable de formes frustes qui ont pu nous échapper et les formes broncho-pulmonaires avec adénopathies discrètes pour lesquelles le diagnostic réel n'a pas été posé, on peut à juste titre être étonné de la fréquence de l'affection.

L'étiologie et la curabilité par la médication antifilarienne de ce syndrôme qui fait souvent porter des diagnostics imposant le rapatriement de ces malades, qui, en réalité, sont « récupérables à court terme », nous semble devoir être soulignée.

Notre travail apporte un nouvel élément pour le démembrement de l' « Eosinophilie tropicale », syndrôme considéré encore comme cryptogénétique.

BIBLIOGRAPHIE

GALLIARD. — Distribution géographique de Filaria-Malayi et de Filaria-Bancrofti, au Tonkin. (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.* Tome XXX. 1937).

EMERSON. — Tropical eosinophilia. (*U.S. Nav. Bull. 1944.* Tome 42. Page 118-123).

APPLEY et GRANT. — Eosinophilia with pulmonary disease on return from the tropics. (*Lancet,* 1944. T. 247).

THOMPSON, RIFKIN et ZARROW. — Early filariasis in young soldiers. (*J.A.M.A.,* Volume 129, N° 16. 15 décembre 1945).

COGGESHALL. — Filariasis in the serviceman ; retrospect and prospect. (*J.A.M.A.,* 4 mai 1946).

LAVIER. — L'Eosinophilie tropicale. (*Presse Médicale,* 18 mai 1946, N° 23. Page 325).

HARTZ et VAN DER SAR. — Tropical eosinophilia in filariasis (*American Journal of Clinical Pathology :* 18. Page 637-44. 1948).

CANET. — La filariose humaine en Indochine. Recherches épidémiologiques en Pays Moï. (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.* Tome 43. N°s 3, 4, 5, 6).

CANET et JAHAN. — Traitement de la filariose à W. Bancrofti en Indochine par un nouveau filaricide : la I - Diéthyl - Carbamyl - 4 - méthyl - pipérazine. (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.* Tome 42. N°s 7, 8. Juillet et août 1949. Pages 408 à 413).

SOULAGE. — Réunion médico-chirurgicale de Saïgon. (In *Presse Médicale*, 8 juillet 1950. N° 44). — « A propos d'un cas d'« Eosinophilie tropicale ».

MORETTI. — L'éosinophilie pulmonaire tropicale. (*Presse Médicale*, 4-8, 1951. N° 52. Page 1083).

MELNOTTE, CANTEGRIT et MICHON. — Grande éosinophilie sanguine et médullaire chez un colonial. Discussion étiologique. Traitement antifilarien. d'épreuve. (*Revue Médicale de Nancy*. 1952. Pages 603-606).

RAO et KRISHMAN. — A preliminary trial of aureomycin in the treatment of tropical eosinophilia. (*Indian J. Med. Sci.* 1952. May. Vol. 6. N° 5. 302-5).

DESCHIENS et MAUZE. — Action de la cortisone dans l'Eosinophilie tropicale (*Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. Tome 137. N°s 7 et 8).

FRIESS, PIERROU, MIMOUN, JULIA, SEGALEN. — La filariose lymphatique à son stade de début. (*Algérie Médicale*. Mai 1953. Page 436).

FRIESS, PIERROU, SEGALEN. — Sur un cas d'adénopathies tropicales. (*Algérie Médicale*. Mai 1953. Page 447).

COIRAULT, LOUBIGNAC, SCHAEFFER. — Eosinophilie tropicale et filariose à W. Malayi. (*Réunion médico-chirurgicale d'Oran*).

JALET. — Le syndrome de Friess-Pierrou et son intérêt en radiologie. (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*. Juillet 1953).

FRIESS, PIERROU, SEGALEN. — De certaines formes cliniques de la filariose lymphatique (W. Malayi). L'« Eosinophilie tropicale ». — (*Bull. de la Soc. de Pathologie exotique*. Juillet 1953).

Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION	29
SYMPTOMATOLOGIE	31
EXAMENS PARASITOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES	37
EVOLUTION — PRONOSTIC	45
LES FORMES CLINIQUES	49
DIAGNOSTIC	53
OBSERVATIONS	57
NOSOLOGIE	105
CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES ET PATHOGENIQUES	109
TRAITEMENT	115
PROPHYLAXIE	121
CONCLUSION	123
BIBLIOGRAPHIE	125

Vu :

Le Président du Jury :

AUBRY

Le Doyen :

Ch. SARROUY

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 1er Juillet 1953

Le Recteur de l'Académie :

P.-E. GAU

ALGER
Imprimerie F. MICHAUD
3, Rue Clauzel
—
1953